

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO DO LUCAS

Instituição para o Estudo da Cirurgia

Diretor: Dr. LUCAS BRANCO RIBEIRO

VOL. LXIII

São Paulo, Março de 1952

N.º 3

Sumário:

	Pág.
Ausência de colecistograma — Dr. MANOEL DE ABREU CAMPANÁRIO.....	179
Levantamiento ultraprecoz en obstetricia — Dr. BORIS BLANK.....	191
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Pediatria.....	203
Radiologia e Eletricidade Médica.....	206
Dermatologia e Sifilografia.....	209
Cirurgia.....	213
Otorrinolaringologia.....	217
Higiene e Medicina Tropical.....	218
Sociedade Médica São Lucas.....	222
Outras Sociedades.....	224
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números.....	225
Vida Médica de São Paulo:	
Sociedade de Medicina e Cirurgia.....	228
Faculdade de Medicina.....	229
Pense do Prof. João Alves Meira.....	229
Congressos Médicos:	
I Congresso Internacional de Neuropatologia.....	245
IV Congresso Interamericano de Cardiologia.....	245
VIII Congresso Internacional de Cirurgia.....	246
Literatura Médica:	
Livros recebidos.....	246
Separata e folhetos recebidos.....	248

GLICOSE A 50%
AMPOLAS COM 10 CM³



"GLICOSE TORRES"

É SUBMETIDA
A RIGOROSAS PROVAS
DE ESTERILIDADE,
INOCUIDADE E DE
ISENÇÃO DE PIROGÊNIO

GLICONECROTON

PREENCHE TODOS OS REQUISITOS
PARA UM SEGURO EMPREGO DA

Novidade absoluta

"TAUFEN"

Comprimidos

ORTO-OXIQUINOLEINSULFONATO
de FENILDIMETIL-DIMETILAMIDO
ISOPIRAZOLONA



Anti-térmico

Anti-nevralgico

Nos Reumatismos

Gripes

Molestias infecciosas



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA:		Cr\$
2. ^a página da capa (12 × 19 cm.)	por vez	1.000,00
3. ^a página da capa (12 × 19 cm.)	por vez	900,00
4. ^a página da capa (12 × 19 cm.)	por vez	1.200,00
TEXTO:		Cr\$
1 página (12 × 19 cm.)	por vez	1.000,00
½ página (9 × 12 cm.)	por vez	550,00
¼ página (9 × 5,5 cm.)	por vez	300,00
Encarte por vez		1.000,00
Pagina fixa		20 % de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B1)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

RECALCIFICAÇÃO DO ORGANISMO

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURAS, ANEMIA
ESCROFULOSE



AMAMENTAÇÃO
CRESCIMENTO
GRAVIDEZ

Fabricado no Brasil com licença especial do LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA - PARIS
pelos LABORATORIOS ENILA S. A. — Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal 484 — RIO

VIKASALIL

B1

EM DRÁGEAS ENTERICAS

+++

Anti-Reumatico — Analgésico

+++

Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido

+++

EFEITO MAIS RAPIDO.
QUALQUER TIPO DE DÔR.

+++

Fórmula :

Salicilato de Sódio .	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B1	0,006
Bicarb. de Sódio . .	0,03

+++

LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 3-7579 — São Paulo



NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS

NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE

Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.

A base do CELEBRE **LEPTOLOBIUM ELEGANS** - CRATAEGUS OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIOS, SÓDIO, POTÁSIO, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher 15 c.c. 3 vezes ao dia
em água açucarada. - Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACEUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 - Fone 33-3426 - São Paulo



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente aliva nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampólas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOLCSONA



HEXANITOL

HEXANITOL COM RUTINA

Vaso-dilatadores
Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL COM RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

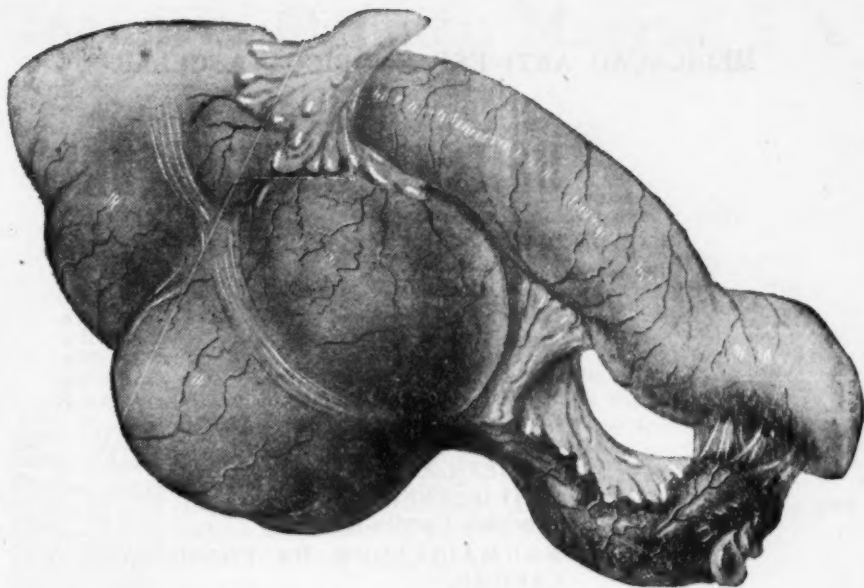
Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

ampollos

HEXANITOL



HEXANITOL COM RUTINA



na peritonite:

Um "mais . . . eficiente agente atualmente em nossas mãos é a Terramicina, que administramos 1,0 gm. em injeção intravenosa de 12 em 12 horas."

Schaeffer, J. R., e Pulaski, E. J.:
U. S. Armed Forces M. J. 1:1447 (Dez.) 1950.

CLORIDRATO DE TERRAMICINA CRISTALINA

apresentado | em grande variedade de formas de dosagem
para tratamento tópico, oral e intravenoso.



Avenida Franklin D. Roosevelt, 126
Rio de Janeiro, Brasil

Representantes do Maior Produtor de Antibióticos do Mundo

Terramicina • Penicilina • Estreptomicina • Dihidroestreptomicina • Combiótico • Polimixina • Bacitracina

MEDICAÇÃO ANTI-ESPASMÓDICO VASCULAR

URILENE CARDIORENAL

DRÁGEAS

com RUTINA

Salicilato duplo de teobromina e sódio	0,20 g.
Acetato duplo de teofilina e sódio	0,10 g.
Cila em pó	0,05 g.
Rutina	0,02 g.
Fenil-etil-malonilureia	0,01 g.
Excipiente q.s.p. 1 drágea	

DIURÉTICO. CARDIOTÔNICO.

ANTI-DISPNEICO.

Afecções Cardio-Renais.

**NORMALIZADOR DA FRAGILIDADE
CAPILAR.**

**Rupturas vasculares na hipertensão e
arterioesclerose.**

URILENE PAPAVERINA

DRÁGEAS

Cloridrato de papaverina	0,03 g.
Teobromina — salicilato de sódio.	0,20 g.
Teofilina acetato de sódio	0,10 g.
Fenil etil malonil-uréia	0,01 g.
Cila (pó)	0,05 g.
Excipiente q.s.p. 1 drágea.	



**ANTI-ESPASMÓDICO VASCULAR
DILATADOR DAS ARTERIAS CORONÁRIAS**

**Afecções agudas e crônicas das artérias
coronárias. Fase funcional da hipertensão.
Afecções das artérias periféricas (trombose
e embolia). Angioespasmos cerebrais.**

LABORATÓRIOS ENILA S. A. • R. RIACHUELO, 242 • C. P. 484 • RIO

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6% em Água destilada
Solutos de Glucósio a 5% com Vitaminas B₁, B₂ e PP
Solutos de Glucósio Isotônico com 10% de Alcool
Lactato de Sódio em Solução 1/6 Molar
Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio
Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5% e 10%
Solutos de Glucósio em água destilada a 5% e 10%

Em frasco de 500 e 1000 cm³

Solutos de Lactato de Sódio e Cloreto de Sódio
com Cloreto de Potássio (Solução de Darrow)

Em frasco de 250 cm³

**MATERIAL PARA INSTALAÇÃO DE BANCOS DE SANGUE:
TRANSFUSO VAC, PLASMA VAC, CONJUNTOS DE
COLHEITA E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE.
PLASMA HUMANO NORMAL SECO (IRRADIADO)**



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ: Rio de Janeiro — Rua Paulino Fernandes, 53-55 — Tel.: 46-1818
C. Postal 3.705 — End. Telegr. "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias — Estado do Rio — Rua Campos, 543

FILIAL: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Tel.: 32-9626

End. Telegr.: "BAXTER"

Uma completa associação de antianêmicos
para a produção normal eritrocitária.

VITAMINA B12 (Fator extrínseco de Castle)

Mucosa de estômago de porco
(Fator intrínseco de Castle)

ÁCIDO FÓLICO

FATOR ANTIANÊMICO DO FÍGADO

SULFATO FERROSO

VITAMINA C



DRÁGEAS

FERRO-FÓLICO

Labor

12

LABORTERAPICA S. A.

(Uma instituição apoiada na confiança da medicina)

SANTO AMARO (SÃO PAULO)

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 33-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 10,00

VOL. LXIII

MARÇO DE 1952

N.º 3

Ausência de colecistograma *

Dr. Manoel de Abreu Campanário

Radiologista da CAP dos Ferrovários Estaduais de São Paulo

1) — GENERALIDADES

Deve-se entender por colecistograma a sombra da vesícula opacificada pelo tetraiodo. Aliás, durante a colecistografia, quando dizemos que a imagem é visível tomamos o conteúdo pelo continente, pois na verdade apenas a sombra da bile iodada é visível. A parede vesicular de ordinário não é visível.

Num caso de colelitíase em que o tetraiodo não opacifique a vesícula por êste ou por aquêlo motivo, dizemos haver "*ausência de colecistograma*" (colecistograma negativo) mesmo na eventualidade de os cálculos serem espontâneamente visíveis na chapa simples.

* * *

A expressão *ausência de colecistograma* proposta por Fuentes é correta e, por isto, deveria ser preferida. A expressão *colecistograma negativo* é imperfeita, embora já esteja, em alguns meios, consagrada pelo uso, o que equivale dizer que talvez jamais possamos aboli-la.

* * *

A interpretação da ausência de colecistograma exige critério científico sereno e profundo. As suas causas são múltiplas e complexas. O médico precisa aliar bastante argúcia clínica aos dados

* Capítulo de um livro a sair brevemente.

fornecidos pelos raios X e pelo laboratório, se quizer conseguir o máximo de eficiência.

Basta que se leve em consideração o seguinte:

Ausência de colecistograma não significa sistematicamente presença de processo patológico na vesícula biliar.

Ausência de colecistograma não é, portanto, sinónimo de vesícula cirúrgica.

* * *

2) — FALHAS E ERROS DE TÉCNICA

A ausência de colecistograma pode resultar de falhas por parte do paciente, de erros de técnica ou de fatores patológicos.

Se o paciente vomitou logo após a ingestão do tetraiodo, quando se usa o método oral; se o doente burlou o radiologista, comendo sobretudo alimentos gordurosos; se o mesmo é portador de doenças do tubo digestivo que possam retardar muito o trânsito gastro-intestinal ou diminuir muito a absorção do contraste, tais como o carcinoma da região pré-pilórica, a úlcera estenosante do bulbo duodenal, etc., o colecistograma poderá então, estar ausente.

Muitos erros de técnica poderão ser observados eventualmente. Um dos mais comuns decorre da possibilidade de a imagem vesicular ficar superposta à da coluna lombar, o que já foi assinalado anteriormente. Os outros erros técnicos são mais raros e facilmente poderão ser evitados.

* * *

Ao lado da ausência de colecistograma encontramos, às vezes, presença de contraste no intestino grosso, o que se reconhece em vista da presença de manchas opacas mais ou menos extensas, irregulares, de densidade variável, acumuladas principalmente na flexura hepato-cólica e proximidades desta.

Se o tetraiodo foi administrado endovenosamente devemos admitir que o fígado está eliminando bile e que a *via biliar principal* pelo menos, isto é, o sistema hepato-colédoco, está livre. Se o tetraiodo foi administrado por via oral devemos admitir: a) — que o mesmo não foi totalmente absorvido pelo sistema porta; b) — ou que o contraste visível no intestino talvez já tenha, em parte pelo menos, alcançado o fígado e retornado ao intestino pelo sistema hepato-colédoco.

A presença de tetraiodo no intestino não dá lugar a outras conclusões além destas.

Não é raro, também, ao lado de colecistogramas normais, quer o contraste tenha sido administrado "per os" ou endovenosamente, encontrarmos sombras opacas de tetraiodo nos cólons. Tal fato não deverá ser interpretado como patológico, pois nas fases interdigestivas longas, pequenas quantidades de bile poderão, normalmente, transpôr o esfíncter de Oddi e alcançar a luz intestinal.

3) — CAUSAS VESICULARES DE AUSÊNCIA DE COLECISTOGRAMA

Todos os fatores que provoquem alterações anatômicas ou funcionais no colecisto poderão produzir a ausência de colecistograma.

As causas vesiculares de ausência de colecistograma são múltiplas: coledolitíase, colecistite, carcinoma, empiema, vesícula esclerocística, etc.

Entretanto, a coledolitíase é a causa da maioria esmagadora dos casos de ausência de colecistograma. Basta assinalar este fato fundamental e importantíssimo: 90% de todos os casos de ausência de colecistograma decorrem da coledolitíase.

Sobra, portanto, uma pequena percentagem de casos de ausência de colecistograma que reconhecem outras causas vesiculares ou extra-vesiculares. E', todavia, para estes 10% de casos de ausência de colecistograma que devemos fazer convergir a nossa atenção.

A dificuldade realmente grande e, às vezes, intransponível, em matéria de ausência de colecistograma, é saber se a causa da mesma está no colecisto ou fóra do colecisto. A prova de Meltzer-Lyon, por isto, como parte complementar do diagnóstico, é muito valiosa ou mesmo imprescindível.

4) — CAUSAS EXTRA-VESICULARES DA AUSÊNCIA DE COLECISTOGRAMA

A ausência de colecistograma pode se dar mesmo com uma vesícula biliar sã, na dependência, portanto, de fatores extra-vesiculares.

A) — Úlcera gástrica ou duodenal

Leb em 100 casos de úlcera duodenal, usando o tetraiodo por via endovenosa, encontrou 26 casos de ausência de colecisto-

grama. Foram operados 25 destes doentes portadores de ausência de colecistograma, sendo encontrada em todos eles a vesícula biliar inteiramente sã. Frebe, Orator, Grebe, Fuentes, Campanário e outros, também acharam resultado, neste sentido, muito aproximado do de Leb.

Muito interessantes, também, são as investigações de Feldman. Usando o tetraiodo por via oral em 115 pacientes, sendo 112 destes, portadores de úlcera duodenal, e 3, de úlcera gástrica, obteve 101 colecistogramas normais (87,7%), 9 colecistogramas apresentando densidade vesicular muito baixa e 5 com ausência de colecistograma.

Um dos casos de ausência de colecistograma pertencia a um dos portadores de úlcera gástrica. Praticou êle a prova de Boyden em todos os casos em que a vesícula biliar foi vista, isto é, em 110 casos (101 com densidade normal e 9 com densidade diminuída).

Deste número 80 vesículas (72,7%) responderam bem a prova, ficando reduzidas pelo menos à metade do seu volume primitivo, no espaço de 30 a 60 minutos.

Outras 21 vesículas (19%) mostraram uma contração discreta, insignificante mesmo.

As 9 vesículas restantes (8%) não mostraram nenhuma alteração de forma ou volume.

Cirurgicamente, também, foi demonstrado que das 9 vesículas com colecistograma de densidade muito diminuída, 2 delas continham cálculos. Deste modo, os 7 casos restantes somados aos 5 casos de ausência de colecistograma, perfazem 10,4% de *colecistograma anormais* na série de 115 portadores de úlcera examinados.

Sintetizando: Em 112 casos de úlcera duodenal e 3 de úlcera gástrica, usando o método oral, Feldman achou apenas 5 casos com ausência de colecistograma. Contudo, a cirurgia mostrou que em um desses casos a vesícula continha cálculos. Portanto, devemos concluir logicamente que nos 115 casos experimentados com o método oral, apenas 4 vezes a úlcera duodenal ou gástrica foi realmente capaz de provocar ausência de colecistograma. Disto, por outro lado, devemos concluir que o método oral (Feldman usou o método oral de doses fracionadas) é mais eficiente do que o endovenoso.

* * *

Friedenwald, Feldman e Kearney julgam que a imagem colecistográfica nos casos de acidez gástrica elevada, muitas vezes não é tão densa quanto a sombra colecistográfica nos casos de acidez gástrica normal.

Usando o método oral tais autores concluíram, também, que um colecistograma de densidade muito baixa em portador de úlcera péptica, pode, às vezes, adquirir sombra de densidade normal se administrarmos ao paciente doses de tetraiodo maiores do que as comumente indicadas.

Portanto, o colecistograma normal em alguns destes casos depende tão somente de uma dose maior de tetraiodo.

* * *

Boyden, Bronner e Berman julgam que a descarga vesicular, isto é, o seu tempo de esvaziamento, nos casos de úlcera péptica, fique muito acelerado. Feldman, entretanto, parece estar com a razão quando diz que pode haver aceleração ou retardamento. Isto, sim, parece estar mais de acordo com a nossa observação.

Em alguns casos de úlcera duodenal em que ao lado do exame do estômago e duodeno praticamos também a colecistografia (método endovenoso), tivemos a oportunidade de observar que a primeira chapa tomada 12 horas após a administração do tetraiodo, apresentava u'a imagem vesicular bastante reduzida de volume, embora, às vezes, de densidade normal, indicando isto, fóra de dúvida, que o colecisto já descarregara em parte o seu conteúdo espontaneamente. Nesta mesma chapa a presença de grandes manchas opacas de tetraiodo na luz intestinal, à altura da flexura hepato-cólica, era constante. E fato extraordinário: a segunda chapa tomada 40 ou mesmo 60 minutos após a refeição de Boyden, apresentava muitas vezes u'a imagem vesicular insignificantemente reduzida de volume quando comparada com a imagem da primeira chapa.

Isto parece claramente indicar que em certos casos de úlcera duodenal o início do esvaziamento da vesícula surge espontaneamente poucas horas, talvez, após sua impregnação pelo tetraiodo, mas que tal esvaziamento se processa lentamente, mesmo depois da refeição de Boyden.

A não opacificação vesicular pelo tetraiodo em muitos casos de úlcera duodenal ou gástrica é explicada de diversos modos. Alguns autores julgam que o fenômeno decorra da *hipercinesia vesicular* (Eisler, Bronner, Orator, Boyden, Berman, etc.). A vesícula expulsaria rapidamente o seu conteúdo poucas horas após a sua repleção, isto é, teria um esvaziamento prematuro. Trata-se, nestas circunstâncias, de uma *vesícula fisiologicamente intolerante*. Deste modo, quando o radiologista fôr fazer a radiografia 14 horas após a administração do contraste, já não mais surpreenderá a imagem vesicular. Isto na verdade acontece em muitos casos de úlcera duodenal, mas não em todos. Em alguns casos toda e qualquer chapa tomada após a administração do tetraiodo mostrará sempre ausência de colecistograma.

Parece, entretanto, não haver até agora uma explicação científica satisfatória da ausência de colecistograma em portadores de úlcera duodenal.

Friedman, por exemplo, se refere vagamente a um comprometimento ou *irritação peritonal*. De qualquer modo, deverá haver um estímulo que partindo da úlcera se propague ao colecisto. Outros autores, ainda, crêem em espasmo do colo vesicular. A verdade, todavia, é que o distúrbio de motilidade observado em tais conrcunstâncias talvez esteja subordinado a fenômenos fisiopatológicos muito complexos.

A sintomatologia da úlcera duodenal pode, às vezes, simular a de certas colecistopatias. O exame conjugado da vesícula e do estômago e duodeno se impõe na prática, por isto, de maneira bem frequente.

Não é fato muito raro o cirurgião perante um caso de ausência de colecistograma, operar o doente encontrando uma vesícula biliar simplesmente sã ao lado de um bulbo duodenal deformado e com lesão ulcerosa.

* * *

B) — *Bloqueio do sistema de canais biliares extra-hepáticos*

a) — *Bloqueio do colédoco*

Qualquer agente patológico que obture o colédoco produzirá fatalmente ausência de colecistograma. O carcinoma da cabeça do pâncreas comprimindo o colédoco, a obstrução dêste por cálculo, a icterícia catarral, etc., são fatôres que agem neste sentido.

b) — *Bloqueio do cístico e do hepático*

Um cálculo engravado no cístico impedirá que a bile iodada que flui ininterruptamente do fígado, alcance a vesícula biliar.

Em alguns casos excepcionais de úlcera duodenal as aderências existentes entre o bulbo duodenal e o cístico, produzindo acotovelamento dêste último, podem acarretar a ausência de colecistograma.

O bloqueio do canal hepático é outra hipótese também possível, embora seja êle bem mais raro.

c) — *Oddites*

A *discinesia coledociana* (distúrbio funcional) e as *oddites estenosantes* (oddites de causas diversas: inflamatórias, calculosas, etc.) tão bem estudadas e descritas por Mirizzi, podem produzir ausência de colecistograma.

C) — *Pancreatites estenosantes*

As pancreatites crônicas de ordinário não comprimem o colédoco. Entretanto, às vezes, tal compressão é um fato. São estas as chamadas *pancreatites estenosantes* — (Mirizzi). Nestas circunstâncias, às vezes, observa-se ausência de colecistograma.

* * *

D) — *Doenças do fígado*

Quaisquer processos patológicos que destruam grande porção do parênquima hepático, ou que comprometam profundamente as suas funções podem produzir ausência de colecistograma. O carcinoma, a icterícia catarral, a lues, o abscesso hepático, o cisto hidatiforme, as metástases tumorais, etc., agem neste sentido.

* * *

E) — *Dieta alimentar*

A colecistografia de doentes que durante muito tempo estão submetidos a dieta sem manteiga, leite, carne, gorduras, ou a dieta muito pobre de tais substâncias alimentares, não raramente assinala ausência de colecistograma.

A explicação de tal fenômeno é a seguinte: a vesícula destes doentes há muito não se esvasia dentro dos limites normais e, por isto, encerra bile excessivamente concentrada e espessa; o corante diluído na bile que chega do fígado não consegue contrastá-la (Curl).

* * *

F) — *Gravidez*

Potter em 390 cesarianas observou que em 75% das vezes a vesícula biliar estava aumentada de volume. O exame de laboratório demonstrou que a bile extraída, por punção, do colecisto de 58 destas pacientes, encerrava alto teor de colesterol e baixo teor de sais biliares (Potter cit. por Siffert). A estase vesicular com a consequente e exagerada concentração da bile, que acompanha a gravidez, é a causa da *ausência de colecistograma* ou de *colecistograma de baixa densidade* observados, às vezes, nas mulheres grávidas por vários autores (Kaulich, Feldman, etc.), inclusive por nós.

* * *

G) — *Apendicite crônica*

Segundo Kaulich a apendicite crônica pode acarretar a ausência de colecistograma. Feldman, também, é de opinião de que a apendicite crônica, às vezes, poderá provocá-la. Neste terreno nada ainda podemos observar de concreto.

Para Curl o reflexo com ponto de partida no cecum, nos colons ou outras partes do tracto gastro-intestinal, poderá ser causa da ausência de colecistograma.

* * *

H) — *Diabete e mal de Basedow*

O açúcar introduzido no organismo acelera a chegada da bile à vesícula, como demonstrou Antonucci.

Experimentalmente se conseguem colecistogramas dentro de apenas 2 ou 3 horas, quando com o tetraiodo se administram elevadas doses de glicose ao paciente. Nos diabéticos, por isto, não se deve esquecer de que a vesícula biliar, muitas vezes, já é bem visível 2 ou 3 horas após a administração do tetraiodo. Por outro lado, no diabético a vesícula é intolerante, quasi sempre, e, por isto, expulsa a bile para o tubo digestivo poucas horas após a sua repleção. Dêste modo, a chapa tomada na prática rotineira dentro de 14 horas não mais surpreenderá a vesícula opacificada.

Em outros casos de diabete a ausência de colecistograma será sempre a regra, mesmo que se tenha o cuidado de tomar radiografias com pequenos intervalos a partir do momento da administração do contraste.

No mal de Basedow, também, pode haver ausência de colecistograma.

* * *

I) — *Incontinência do esfíncter de Oddi*

A incontinência do esfíncter de Oddi, eventualidade aliás muito rara, poderá acarretar ausência de colecistograma.

* * *

Analizadas e excluídas todas estas hipóteses e ressalvas, deante de uma ausência de colecistograma, devemos, então, concluir que a *vesícula biliar é patológica*, isto é, que a causa de colecistograma está na própria vesícula.

Compreende-se, então, agora, o valôr do exame clínico. Sómente através de um raciocínio clínico muito amplo poderá o radiologista dar a uma ausência de colecistograma a sua real interpretação.

* * *

5) — NECESSIDADE SISTEMÁTICA DA REFEIÇÃO DE BOYDEN

A refeição de Boyden deverá ser empregada sistematicamente em todos os casos de colecistografia, mesmo quando o colecistograma esteja ausente, porque em certas colecistopatias, na chapa tomada 14 horas após a administração do contraste em vista da grande dissolução deste último e da diminuição do poder de concentração, a vesícula biliar poderá não aparecer. Contudo, após o Boyden, é possível, em alguns casos, que ela apareça, principalmente quando a sua contratibilidade e poder de concentração não estiverem profundamente alterados.

E' forçoso confessar que tal fato não está ainda bem explicado. A nosso vêr, entretanto, é provável que as coisas se passem do seguinte modo: Admitamos, por exemplo, um caso de colecistite catarral em que a função de concentração e a contratibilidade do órgão, embora alteradas, ainda existam.

Quando o contraste começar a fluir para dentro da vesícula, irá encontrá-la naturalmente com bastante bile e muco residuais, pois, às vezes, em tal doença o colecisto só se descarrega parcialmente.

Em vista da quantidade de bile e muco preexistentes na cavidade vesicular e da reduzida capacidade de absorção da água por parte da mucosa, é natural que o contraste não alcance, às vezes, concentração suficiente de modo a permitir a imagem radiográfica do colecisto, mesmo quando encontrando condições mais ou menos favoráveis tenha entrado em boa quantidade no interior da vesícula. Admitamos, agora, que a vesícula após a refeição de Boyden expulse para o duodeno uma boa porção do seu conteúdo.

Logo após o esvaziamento de tal porção do conteúdo vesicular, a bile iodada, restante, que ficou no colecisto, durante algum tempo sofrerá maior e mais rápida concentração por parte da mucosa, pois as contrações vesiculares de descarga auxiliam a amplitude da absorção da água. Em outras palavras: o ritmo da concentração é acelerado durante a descarga vesicular. Corrobora a favôr desta hipótese o fato incontestável de que, em condições normais, a imagem vesicular poucos minutos após a refeição de Boyden muitas vezes não só se apresenta reduzida de tamanho, mas também de densidade aumentada.

Assim sendo, em alguns casos de colecistopatias, aliás bastante raros, o colecisto invisível 13 horas após a administração do contraste, poderá torna-se visível depois da refeição de Boyden.

* * *

Aliás, com referência aos casos de ausência de colecistograma, que após o Boyden apresentam vesícula visível, devemos dizer que muitas vezes isto acontece devido à má técnica radiológica (mobilidade do paciente, quilovoltagem insuficiente, falta de limpeza intestinal, etc.). Referimo-nos aqui, é claro, apenas aos casos em que a perfeita técnica radiológica não deixa margem a dúvidas.

* * *

6) — COLECISTO ESPONTANEAMENTE VISÍVEL

A vesícula normal jamais é visível na chapa simples. A sombra do colecisto na chapa simples tem sempre significação patológica.

Só em duas hipóteses, aliás, a sua imagem é visível na chapa simples:

- 1) — Alteração na parede do colecisto por processo patológico capaz de torná-lo de densidade mais elevada do que a dos tecidos moles que o envolvem.
- 2) — Alteração do conteúdo vesicular por processo patológico, também capaz de torná-lo mais denso do que os tecidos moles que o cercam.

Devemos, entretanto, precisar aqui, dentro do possível, certos conceitos.

Entende-se por colecistograma a sombra da vesícula opacificada pelo tetraiodo.

Mas, na colecistografia, quando dizemos que a imagem vesicular é visível, tomamos o conteúdo pelo continente. Com efeito, o que se vê no colecistograma é apenas a imagem da bile iodada que enche o colecisto e não a imagem da parede vesicular. Esta última é completamente invisível.

Portanto, na chapa simples, desde que haja visibilidade parcial ou total do continente ou do conteúdo vesiculares (vesícula em porcelana, cálculos, etc.), devemos também considerar como correta a expressão "*vesícula espontaneamente visível*".

Nestas circunstâncias, os fatores mais comuns que condicionam a imagem direta do conteúdo ou do continente vesiculares são os seguintes:

- a) — Colelitíase
- b) — Vesícula em porcelana
- c) — Bile calcárea ("*Limy bile*", "*Kalkmilchgalle*")
- d) — Hidropsia, empiema da vesícula, etc. (raramente).

LIPOCÉRÉBRINE

AMPÓLAS

TÔNICO E REMIMERALIZANTE
CEREBRAL



Extrato etéreo total de cérebro fresco de carneiro contendo todos os seus constituintes, fosforados e não fosforados.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

SEDATIVO E ANTIESPASMÓDICO

FREINOSPASMYL

DRAGEAS

ESPASMOS DIGESTIVOS, PALPITAÇÕES,
ANGUSTIA, NERVOSISMO.



FÓRMULA:

Fenilmetilmaloniluréia 0,03g.
Bromidrato de Quinina..... 0,06g.
Beladona: Folhas Pulverisadas 0,01g.
Excipiente q. s. p. 1 drágea

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO
FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

Nos desequilíbrios do sistema vago-simpático

VAGOSIN

Produto de concepção moderna e de composição harmoniosa

Restabelece o equilíbrio vago-simpático porque atua, farmacodinamicamente, segundo a "lei da colaboração dos antagonistas do sistema nervoso autônomo.



UM COMPRIMIDO DE VAGOSIN CONTÉM

Etilensucinato de fenilmetano e sódio	0,20	g
Brometo de potássio	0,059	g
Dialilmaloniluréia	0,020	g
Bromidrato de escopolamina	0,00005	g
Metilbrometo de homatropina	0,0005	g
Excipiente, q. s. p.	0,36	g

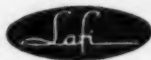
REBALSIN-PAPAVERINA

AMPOLAS (30 mg. — 50 mg.) — GOTAS

Antiespasmódico — Analgésico — Sedativo



Nevralgias e nevrites. Ciática. Tosse espasmódica. Pós-operatório. Dores do parto. Cefalalgias e algias em geral, principalmente nos hipertensos.



LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S. A.

RUA JAGUARIBE, 118 — FONE: 51-2779 — S. PAULO

Consultores Científicos: Profs. Drs. W. Berardinelli e Luiz Capriglione
(Catedráticos de Clínica Médica da Universidade do Brasil)

Levantamiento ultraprecoz en obstetricia *

(Su influencia en la prevención de las infecciones en el puerperio)

Dr. Boris Blank

Tocólogo del Hospital Español (Córdoba)

INTRODUCCION: Durante nuestra actuación en un dispensario con internado en la localidad de La Falda (Pcia. Córdoba), actualmente llamado Hospital Provincial Regional, desde el mes de julio de 1949 hasta el mes de agosto de 1950 tuvimos oportunidad de reorganizar y dirigir la sección obstétrica del mismo. — Allí comprobamos que para la gente de la campaña con un nivel cultural discreto, el parto no representa sino un acto normal de la vida diaria; la parturienta concurre al hospital "a buscar cama" por serle incómodo dar a luz en su casa (estrecha y con muchos hijos) y una vez cumplido su objeto y tomado el necesario descanso, le resulta lo más natural valerse por sus propios medios para lo cual se levanta entre las 12 y 24 primeras horas siguientes al parto; por último, es también muy común el que se retire del hospital entre el 4.º y 6.º día, sinó antes. — Esto nos llevó a observar más de cerca la evolución del puerperio en las parturientas que seguían tal conducta, con el objeto de comprobar sus inconvenientes y ventajas. — Obtenida una idea general sobre los resultados del levantamiento precoz, y consultada bibliografía al respecto (1 a 8), decidimos aplicar tal procedimiento a la práctica privada. — Los resultados, son expuestos a continuación "in-extenso".

NUESTRA EXPERIENCIA:

A) *En el hospital:* Observamos la evolución de 80 casos en los años citados; entre ellos se incluyen toda clase de partos: espontáneos en sus distintas presentaciones, posiciones y modalidades, generales ó no; artificiales abarcando las intervenciones (fórceps, cesáreas, extracción manual de placenta, etc.). Se presentaron diversas situaciones motivadas por enfermedades mater-

nas (cardíacas, anémicas, etc.) y por accidentes y enfermedades en el parto y puerperio (hemorragias, fiebre, etc.). La Mayoría de las pacientes se levantaron en las primeras 24 hs.; las intervenidas (incluyendo las suturadas por episiotomías ó desgarros) entre el 3.º y 4.º día (49 a 96 hs). si bien se movilizaron en la cama desde el primer día; casi todas se retiraron del hospital entre el 3.º y 6.º día. Hicieron excepción a estas normas generales (por indicación médica), una paciente cardíaca (a quién se le hizo fórceps), una que tuvo hemorragia, y una con fiebre puerperal (endometritis), ó sea el 3,75% del total. En cambio se siguió la misma conducta en 2 cesareadas. De acuerdo al día en que se las dió de *alta*, se distribuyen los casos en la siguiente forma:

A los 3 días: 1 caso. — A los 4 días: 9 casos.
Del 4.º al 6.º día: 67 casos. Más del 6.º día: 3 casos.

Vale decir, el 96,25% del 3.º al 6.º día y el 3,75% más del 6.º día. Entre ellos, una cesareada se la dió de alta al 4.º día y otra al 6.º día.

Observaciones: Los resultados de esta movilización y levantamiento precoz espontáneo en el hospital, de acuerdo a nuestras observaciones, son los siguientes:

- 1) Cierre de las heridas mejor y más rápido y desaparición del dolor en las mismas (episiotomías, desgarros, etc.) (5).
- 2) Disminución de los casos con atonía de vejiga y intestino.
- 3) No se presentó la astenia común el el reposo prolongado.
- 4) No se observaron en los casos citados, incluso los operados, complicaciones pulmonares serias, embolias, tromboflebitis ni flebotrombosis.
- 5) Como consecuencia de todo ello, nó hubo necesidad de sondajes vesicales; los enemas se redujeron la mínimo, en los casos de estreñimiento pertinaz ó cuando indicados por el médico; las heridas no dieron complicaciones; el mejor estado de ánimo de las pacientes les permitió colaborar en su propia atención y en la de sus hijos (1-2).
- 6) En cuanto a los órganos genitales en sí, la involución post-parto fué normal ó más acelerada que lo común; nó se observaron prolapsos ni hemorragias como consecuencia de esta conducta. Las pacientes que se hicieron examinar "a posteriori", nó mostraron nada de particular.
- 7) Nó se comprobaron shocks, lipotimias ni mareos (3).
- 8) Por último, un hecho nos llamó poderosamente la atención: La desaparición prácticamente de los procesos puerperales infecciosos, a pesar de tratarse de un hospital general sin sepa-

*Reumatismo
Artrite Deformante
Ciática*



LEUKOSALYL

SILBE

FABRICANTES: SILBE H. O. - AMSTERDAM - HOLANDA
DISTRIBUIDORES: PAULINO AMBROGI & CIA. LTDA.
TELEFONE 32-8004 - CAIXA POSTAL, 3127 - SÃO PAULO

LEUKOSALYL

Leukosalyl é uma associação de fenilcinconinato de hexametileno-tetramina (Leukotropin), Salicilato de Sódio (orto-xibenzoato de sódio) e cafeína.

No Leukotropin já conhecemos seus dois principais componentes o ácido fenilcinconínico e a hexametileno-tetramina, formando um novo sal, o fenilcinconinato de hexametileno-tetramina. Devemos salientar a ação sinérgica dessa substância em todas as formas de enfermidades reumáticas e seus aspectos dissimulados. A associação com salicilato de sódio (orto-xibenzoato de sódio) tornou mais vasto seu campo de indicações, além de possibilitar uma terapêutica mais eficiente.

COMPOSIÇÃO

Cada empôla contém:

Fenilcinconinato de hexametileno-tetramina	0,90 g
Orto-xibenzoato de sódio	0,70 g
Cafeína	0,10 g

FARMACOLOGIA

Fenilcinconinato de Hexametileno-tetramina é de valôr já comprovado nos estados inflamatórios, principalmente no reumatismo poliarticular agudo, pelas suas propriedades, analgésica, antiflogística, antipirética e antisséptica.

Salicilato de sódio (orto-xibenzoato de sódio): foi usado pela primeira vez por Stricker (1876) no reumatismo poliarticular agudo. Desta data em diante o salicilato de sódio é usado em todas as formas reumáticas e artríticas devido suas propriedades, também, analgésicas e antipiréticas, além de aumentar a eliminação de ácido úrico. Pode ser usado por via oral e endovenosa sendo que até há bem pouco tempo esta última era considerada como perigosa e desaconselhável. Entretanto, Coburn (1943) provou que o tratamento do reumatismo com salicilatos dá melhores resultados quando administrados por via endovenosa e em altas doses, modificando assim a primeira impressão quanto a aplicação endovenosa do salicilato.

Cafeína é um poderoso estimulante do sistema nervoso central que levanta o estado de abatimento em que frequentemente o paciente se encontra.

INDICAÇÕES

As indicações compreendem um campo bastante grande, abrangendo formas inflamatórias agudas, sub-agudas e crônicas:

Febre reumática, artrite reumatóide, artrite deformante, ciática, osteoartrite, lumbago, colecistites agudas e crônicas, angiocolites, colicas renais, orquiepididimites, irites, irido-ciclites, linfangites, linfadenites, neurites, etc..

ADMINISTRAÇÃO

As aplicações são endovenosas e devem ser feitas lentamente em dias alternados. Doses maiores podem ser dadas a critério médico.

APRESENTAÇÃO

Caixas com 5 empôlas de 10 cm3.

Preparado pelo: **Laboratório SILBE H. O. - AMSTERDAM - HOLANDA**

Representante: **Paulino Ambrogi & Cia. Ltda. - CAIXA POSTAL 3127 - SÃO PAULO**

ración nesta de la sección obstétrica, de ser atendidos casi todos los partos normales por partera, de realizarse casi exclusivamente tactos vaginales, y le usarse los antibióticos en muy limitada escala (para los casos de intervención). El único caso de endometritis que hubo (1,25% del total), se produjo en una de las pacientes levantadas *tardíamente*. Nó hubo flebitis (5) (6).

B) *En la práctica privada*: Como consecuencia de la práctica y observaciones anteriores, y de la comparación con los resultados obtenidos por otros autores,)1 a 6); decidimos estudiar la conveniencia del levantamiento precoz y ultraprecoz *en nuestros casos de la clientela privada*, con atención sanatorial y médica permanente.

Adoptamos el siguiente método: 1) Estudio clínico lo más completo posible (por los especialistas correspondientes) durante el embarazo. — 2) Examen completo y somero durante el parto, hubiese ó nó sido hecho el anterior. — 3) Atención personal ó vigilancia estricta del parto. — 4) Inmovilización post-parto en posición decúbito dorsal durante dos horas. — 5) *Adopción de la conducta a seguir*, teniendo en cuenta las condiciones clínicas de la paciente, así como su inteligencia y colaboración. Cerca de la finalización del plazo de 2 horas citado, conversamos y comentamos con la parturienta la posibilidad de movilización y las condiciones del transporte hasta su cama. Llama la atención el hecho que casi todas las pacientes comienzan inmediatamente a moverse cuando son autorizadas, cualquiera haya sido su experiencia anterior ó la naturaleza de su parto actual. Las gran múltiparas, ó las parturientas de mucha edad, ó las que presentan objeciones de cualquier naturaleza, se convencen después de recordarles los inconvenientes de la inmovilización, que casi todas ellas ya están palpando a las dos horas post-parto. Las remisas que se negaron en forma terminante a levantarse ó moverse, nos sirvieron de comparación en los resultados junto con los que já teníamos desde antes de emplear este método. Desde setiembre de 1950, hemos observado la evolución de 181 casos en las más variadas condiciones que pasamos a detallar:

1) *Naturaleza del parto*: Hemos clasificado los casos de acuerdo al comienzo y terminación del parto, así como a la fecha en que éste se produjo:

Número de partos	Espont.	Dirig.	Artific.	Induc.	Premat.	A térm.	Prolong.
Gemelar { 7 (14 niños)	10 n.	—	2 2 n.	1 2 n.	8 n.	4 n.	1 2 n.
Nó Gem. 174	96	46	21	11	28	144	2

A su vez los partos artificiales se distribuyeron así:

Número de partos artif.	Fórceps.	Versión y G. Extracc.	Extracc.	Cesáreas.
Gemelar { ² (2 niños) ..	0	1	1	0
Nó Gem. 21	19	1	0	1

Del total de alumbramientos, 168 casos fueron normales y 13 patológicos; de éstos correspondieron 13 casos a hemorragias efectuándose por la misma causa 5 extracciones manuales de placenta. En 6 casos hubo placenta previa lateral. Sólo en 2 casos se comprobaron *pelvis justas*, siendo todas las demás permeables. Casi todas las presentaciones y desprendimientos fueron de vértice en O. P. Hubo 2 desprendimientos en O. S.; una presentación de frente; 5 de nalgas entre los no gemelares y 5 presentaciones de nalgas entre los gemelares.

2) *Paridad*: Los porcentajes de paridad dan una mayoría para las primíparas:

Primíparas	Precoces	Jóvenes	Añosas	Viejas	Secundip.	Multipar.	Gran multipar.
81	2	55	18	6	47	49	4
(44,75%)					(25,97%)	(27,07%)	(2,21%)

3) *Otras características del parto y alumbramiento*: Destacaremos las siguientes que se presentaron en un cierto número de casos, y que sirven como las anteriores para valorar este estudio:

Inercia uterina primitiva, se presentó en 18 partos.

Retención de membranas en 8 casos. En 2 casos, retención de un tozo de cotiledón, lo que pasó inadvertido al examen de la placenta (ver resultado después). Shoks hubo en 9 casos: 5 por hemorragias; 1 por anestesia con trilene; 1 por hipofisina; 1 por pituitrina; 1 por crisis de asma. Un síncope respiratorio por trilene, que pasó enseguida con estimulantes.

Anestesia se suministró en todos los casos citados de intervención, ó sea 23: 11 con trilene; 7 con pentotal; 2 con éter; 2 con cloroformo; 1 con ciclopropano.

Infección amniótica, en 3 casos.

Tumor previo: 1 caso

Rotura prematura de bolsa: 6 pacientes.

Hemorragias del alumbramiento: ya hemos dicho que en 13 casos, desde 700 grs. hasta 1 y $\frac{1}{2}$ litros; produciéndose los 5 casos de shock generalmente en pacientes anémicas no examinadas durante el embarazo.

Tactos: Se realizaron exclusivamente tactos vaginales en 137 casos, en la mayoría de ellos entre 1 y 2 tactos, siendo excepcionales los casos de 3 a 6 tactos; se hizo dilatación digital en 24 casos. Tactos rectales exclusivamente, en 3 pacientes. Ambas clases simultáneamente, en 19 pacientes. Nó se hicieron tactos en 22 casos.

Un detalle del parto que interesa remarcar se refiere a los traumatismos e intervenciones en el periné, especificados en el siguiente cuadro:

<i>Episiotomías</i>	<i>Desgarros 1.º gr.</i>	<i>Desgarros 2.º gr.</i>	<i>Normales (nó traumas)</i>
Prendidos... 38 c. (21%)	41 c. (24,86%)	9 c. (4,97%)	
Nó prendidos 0 c.	4 c.	0 c.	89 c. (49,17%)
% prendidos. 100%	91,10%	100%	

Detalladas las características del parto, veamos ahora algunas del embarazo que también interesan a nuestro estudio:

4) Del total de pacientes, 121 se consideraron normales, 20 *nó fueron examinadas* durante el embarazo, y 40 presentaron diversas anomalías ó enfermedades peculiares del embarazo ó agregadas al mismo:

Gestosis: se presentó en 29 casos (pre-eclampsia en 3 y eclampsia en 1). Poli-hidramnios: en 10 casos.

Brucelosis crónica, tenían 7 pacientes. Paludismo crónico: 1 caso. Tuberculosis pulmonar curada, 1 caso. Heredolúes: confirmada en 3 y sospechosa en 2.

Epilepsia Jacksoniana en tratamiento, 1 caso. Alteración mental en tratamiento, 1 paciente. Retardo mental: 1 caso.

Cardíacas en tratamiento, 3. Asma, en 2. Anemias intensas hubo en 9. Desnutrición crónica, 1 caso.

Várices pronunciadas (algunas exageradamente): 24 casos (5,6).

Cesareada previa (por placenta previa): 1 caso. Mixoma gigante de mama (operada 1 semana antes del parto): 1 caso. Prolapso (cisto y rectocele), 1 caso. Desprendimiento placentario (terminado por cesárea), 1 caso.

5) Finalmente destacaremos algunas anomalías, accidentes y enfermedades aparecidas en el puerperio que influyeron en la evolución del mismo:

Supuración de herida operatoria previa: 1 caso. Pielitis, 1 caso. Bronquitis, 12 casos. Subictericia, en 3. Ceguera pasajera (por acción del trilene), 1 caso.

Pulso alto en los primeros días, en 39 casos (por diversas causas).

Levantamiento adoptado: Todas las pacientes se movilizaron previamente al levantamiento. Hicieron excepción a la movilización (desde las 2 horas post-parto) las intervenidas u operadas anestesiadas que lo pusieron en práctica al volver en sí; las remisas al método, que lo adoptaron en el momento que la inmovilización se les hizo insoportable; las que se levantaron directamente entre la 1 y 3 hs. posteriores al parto. La movilización consistió en la colaboración de la paciente para su traslado a la cama, y en la adopción de la posición más cómoda para ella en la misma. El levantamiento, consistió en el traslado por sus propios medios desde la sala de partos a su pieza (5 a 10 mts), de las pacientes que se levantaron en las primeras tres horas. Las demás se las levantó para arreglarles la cama, 5 a 10 minutos, y si se las encontró en condiciones se las invitó a trasladarse a un baño lejano (5 a 15 mts) para orinar). Todos estos actos fueron voluntarios, vigilados personalmente y por personal adiestrado, y realizados en forma progresiva e según el caso particular de que se tratase. La hora del levantamiento posterior al parto, el número de casos, el tipo de parto en los casos no normales, se detallan a continuación:

1 a 3 hs. post-parto: 17 casos, todos normales (9,39% del total).

6 a 12 hs. post-parto: 13 casos (7,18%). Uno de ellos, con hemorragia leve del alumbramiento.

13 a 24 hs. post-parto: 48 casos (26,52%). Entre éstos hubo: 2 fórceps; 1 fórceps y extracción manual de placenta con shick hemorrágico; 2 hemorragias; 1 extracción fetal; 1 eclampsia dominada por tratamiento conservador días antes.

25 a 36 hs. post-parto: 38 casos (21%). Entre ellos: 4 fórceps y 1 versión interna y gran extracción.

37 a 48 hs. post-parto: 17 casos (9,39%). Entre ellos: 2 fórceps; 2 hemorragias una seguida de extracción manual; 2 cardíacas, una con gestosis grave.

49 a 72 hs. post-parto: 24 casos (13,26%). Entre ellos: 3 fórceps; 3 hemorragias, uno con shock; 2 shocks; 1 operación 7 días pre-parto; 1 pre-eclampsia.

73 a 96 hs. post-parto: 13 casos (7,18%). Entre ellos: 4 fórceps, uno de ellos en una cardíaca; 1 hemorragia y extracción placentaria; 1 versión interna y gran extracción; 1 cesárea; 1 pre-eclampsia.

5.º al 6.º día post-parto: (6,08%) 11 casos. Entre ellos: 3 fórceps, uno de ellos con hemorragia y extracción manual de placenta; 2 hemorragias más, una de ella con extracción manual; 1 histerectomía por rotura uterina; 1 pre-eclampsia.

Podemos reagrupar estos casos de acuerdo al levantamiento adoptado en 4 grupos principales, a saber:

Levantamiento ultraprecoz (1 a 12 hs.): 30 casos (16,57%).

Levantamiento precoz (13 a 48 hs.): 103 casos (56,91%).

Levantamiento intermediario (3.º y 4.º días): 37 casos (20,44%).

Levantamiento normal (5.º y 6.º días): 11 casos (6,08%).

CARACTERISTICAS DEL PUERPERIO EN ESTOS CASOS:

Del total de 181 casos, hubo 167 normales y 14 patológicos (92,25% y 7,75% respectivamente). Entre los patológicos, hubo 10 casos subfebriles y 4 febriles. Los primeros comprenden: pacientes subictericias a continuación de la anestesia suministrada para la intervención; bronquitis agudas; shocks de diversa naturaleza; etc.

Los casos febriles fueron: 1 con pielitis; 1 con flebitis; 2 con endometritis benigna; de estos casos sólo 1 realizó el levantamiento precoz (endometritis) mientras que los demás lo hicieron normal ó tardío. Dejamos a propósito aparte los casos de loquiometría, 8 en total, por su benignidad (7), y por la característica especial de haberse presentado en las pacientes levantadas muy precozmente ó en las levantadas al 5.º-6.º día, por partes iguales; ellos nos llevaría a la conclusión que las desviaciones uterinas se producen igualmente em ambos casos (aunque es difícil imaginarse desviaciones en un útero post-parto del tamaño de una cabeza de feto), mientras que nó observa ello en los demás casos.

Medicación suministrada: En 93 casos, ninguna. En 48 casos, los antibióticos en pequeñas dosis preventivas, sobre todo en las intervenidas, en las suturadas y en los casos de infecciones agudas de cualquier naturaleza. Medicación ocitócica en 16 casos, cardiotónica en 10, antianémica en 6. Algunas de estas medicaciones, simultáneamente en varios casos. Otros tipos de medicación en 10 casos (balsámica pulmonar, etc.).

Involución uterina: Se realizó normalmente (1) em 115 casos; en forma acelerada en 44 pacientes a veces en forma sorprendente; mientras que hubo subinvolución con modificación de los loquios en 22 casos (estos últimos del grupo intermediario y normal de levantamiento).

Evacuación vesical: Espontánea en los 181 casos.

Evacuación intestinal: Espontánea en 129 casos. Artificial en 52 casos (71,25% y 28,75% respectivamente). Entre estos últimos, 26 recibieron un sólo enema a pedido de la propia paciente ó indicado por el médico; a 24 pacientes se les hizo un sólo enema por su estreñimiento pertinaz; 2 tomaron purga.

Reacciones al levantarse: En 4 casos hubo lipotomía que inculpamos a la anemia previa ó a la producida en el momento del parto. En 6 casos, mareos que pasaron rápidamente. En 15 casos de taquicardia (90 a 100 pulsaciones por minuto), ésta desapareció al levantarse la paciente, sobre todo en algunas en que se había mantenido persistentemente sin causa aparente; en otros 24 casos, se mantuvo con algunas variantes alto, disminuyendo finalmente. En 10 con pulso normal, éste subió al procederse al levantamiento, sin consecuencias.

Eliminación de membranas retenidas: En los casos de levantamiento precoz o ultraprecoz, se eliminaron en forma íntegra a las pocas horas del parto sin ningún inconveniente. En los casos de levantamiento más tardío, lo hicieron desintegradas y muy lentamente. Los trozos de cotiledones retenidos sin advertirlo, también se eliminaron espontáneamente con restos de membrana sin hemorragia, lo que plantea un interrogante en su tratamiento.

Alta: Al 2.º día: 2 casos (a pedido). — 3.º día: 4 casos a pedido). — 4.º día: 77 casos. — 5.º día: 68 casos. — 6.º al 8.º día: 30 casos. Se entiende que se trata de días cumplidos a contar desde el momento del parto.

Exámenes posteriores al parto (hasta 1 año): Se realizó en 17 intervenidas y 80 no intervenidas, resultando normales en todos los casos menos en 2 de estas últimas, que presentaron metrorragias sin relación con el parto.

COMPARACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS:

1) *Levantamiento ultraprecoz:* Se reservó para los casos absolutamente normales antes, durante y después del parto (30 en total, con sólo 1 accidente hemorrágico leve). Presenta todas las ventajas mencionadas ya al hablar de los casos hospitalarios; debe destacarse un inconveniente para los casos de levantamiento excesivamente precoz (1 a 3 hs. post-parto), que se refiere a la presencia de loquimetrías en una proporción mucho mayor que en los otros grupos; la mejor manera de combatir ó prevenir tal hecho, no es el reposo posterior sino por el contrario continuar con la movilización y levantamiento y agregar algunos ocitócicos.

2) *Levantamiento precoz:* Se reservó para los casos normales que presentaron objeciones al anterior; y para los casos con intervenciones ó accidentes que reaccionaron muy bien y de inmediato incluso expresando el deseo de levantarse. Presentaron

todas las ventajas del anterior grupo. Inconvenientes se presentaron en algunas de las intervenidas que tuvieron mareos pasajeros; y en algunos pacientes con anemias previas ó provocadas por hemorragias del parto, que tuvieron lipotimias. (Se realizó este método en 103 casos incluyendo 18 intervenciones, accidentes y enfermedades).

3) *Levantamiento intermediario*: Se reservó para los casos con intervenciones y accidentes de mayor gravedad, y con enfermedades previas de algún cuidado los que representaron casi el 50% del total de este grupo; la otra mitad de los casos representan las pacientes en las que se empezó a ensayar por primera vez este tipo de levantamiento ó que presentaron objeciones a los anteriores. (En total 37 casos, incluyendo 18 intervenciones, accidentes y enfermedades). Yá se nota en este grupo la falta de algunas de las ventajas citadas: la mayor parte de los enemas indicados ó pedidos corresponden a este grupo y al siguiente; la astenia, los mareos y lipotimias se presentaron en bastante número; hubo un caso de endometritis benigna y algunos de loquiometra. Sin embargo la movilización precoz puesta en práctica en todos los casos, evitó mayores consecuencias y nó hubo necesidad de sondajes.

4) *Levantamiento llamado normal* (5.º y 6.º días). — Del total de 11 casos, siete de ellos (ó sea el 63,63% sufrieron intervenciones ó accidentes serios; y esos mismos casos y los demás normales, objetaron seriamente la movilización y el levantamiento antes de lo que supusieron normal. Entre estos casos estuvieron la mayor parte de los accidentes e infecciones del puerperio, en una proporción alta: 1 caso de pielitis, 1 de flebitis, 1 de endometritis; casi la mitad de los casos de loquiometra; los mareos y lipotimia así como la astenia acentuada, y la necesidad de enemas frecuentes, fueron evidentes; dolores a nivel de las varicosidades, mantenimiento del puso alto, hicieron temer accidentes más frecuentes; hubo necesidad de múltiples maniobras para poder hacer evacuar la vejiga, después de un largo período de inmovilización. Lo más notable fué que todos estos inconvenientes, *se presentaron principalmente en los casos de partos normales*. La subinvolución uterina también se presentó sobre todo en estos casos y en algunos de los anteriores.

En este grupo de pacientes de atención privada que estamos estudiando, se observó lo mismo que en el grupo hospitalario, con respecto a las infecciones puerperales: En los casos de levantamiento ultraprecoz no las hubo, exceptuando los casos con loquiometra cuando el levantamiento fué excesivamente precoz, pero cuya benignidad fué evidente (7). En los casos de levantamiento precoz no hubo tampoco infecciones puerperales. En los casos de levantamiento intermediario, sólo un caso de endometritis benigna.

na que curó rápidamente, y algunos casos de loquiometra. Estos grupos en que la paciente se levantó entre la 1.ª hora y el 4.º día post-parto y la movilización se realizó desde el primer momento, que emprendem un conjunto de 170 casos con 23 intervenciones (ver antes) y casi todas las episiotomías realizadas y desgarros producidos, así como 10 casos de hemorragia, 4 shocks, 3 pre-eclampsias, 1 eclampsia y 3 cardíacas, *no presentaron más que 1 sólo caso de infección puerperal* (es decir, 0,58%) y 5 casos de loquiometra, sin observarse nada de particular en las pacientes que tenían gruesas várices (20 casos). Por el contrario, el último grupo, el del "levantamiento normal" entre el 5.º y 6.º días, con un total de 11 casos (que incluyen 4 casos normales, 5 intervenciones, 3 hemorragias y 1 pre-eclampsia), *presentó el mayor número de infecciones puerperales en forma cuantitativa y proporcional y justamente entre los casos no intervenidos*: 1 caso de flebitis, y 1 de endometritis (18,18%); a más de 3 casos de loquiometra y 1 de pielitis que no los consideramos entre las infecciones puerperales (7).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hemos seguido la evolución de 80 casos hospitalarios y 181 privados (sanatoriales) levantados en diversos momentos del puerperio:

1) En el grupo hospitalario 77 casos (96,25%) incluyendo intervenciones de toda clase, se levantaron espontáneamente en las primeras 24 hs. ó entre las 49 y 96 hs. post-parto según la clase de éste (levantamiento precoz e intermediario respectivamente); no hubo fiebres puerperales y se las dió de alta entre el 3.º y 6.º días. Los restantes 3 casos (3,75%) con el levantamiento y alta tardíos, por diversas causas, presentaron 1 caso de fiebre puerperal.

2) En el grupo sanatorial, 133 casos (73,48%) incluyendo intervenciones de toda clase, se levantaron por indicación médica entre las 1 y 12 hs., y entre las 13 y 48 hs. post-parto según la clase de éste (levantamiento ultraprecoz y precoz respectivamente); no hubo fiebres puerperales y se las dió de alta entre el 2.º y 5.º días. Un grupo de 37 casos (20,44%), incluyendo intervenciones de toda clase, se levantaron por indicación médica entre las 49 y 96 hs. post-parto (levantamiento intermediario), presentando solamente 1 caso de fiebre puerperal (2,70%) y siendo dados de alta entre el 4 y 8.º días. Un grupo de 11 casos (6,08%), incluyendo intervenciones diversas, se levantaron por propia decisión entre los 5 y 6 días post-parto a pesar de tener indicación médica de hacerlo antes (levantamiento llamado normal), presentando 2 casos de fiebre puerperal (18,18%) y dados de alta en su oportunidad.

3) En ningún caso de los citados hubo muertes maternas, shocks, prolapsos, hemorragias, complicaciones pulmonares, embolias, etc., durante el puerperio (6).

4) En los grupos de levantamiento ultraprecoz, precoz e intermediario de los casos hospitalarios y sanatoriales, se presentó sólo 1 caso de endometritis entre 247 casos (0,40%). Este resultado se obtuvo a pesar de las condiciones poco ideales de la tención hospitalaria; de un porcentaje bastante alto de intervenciones operatorias con uso escaso de antibióticos; de una proporción alta de intervenciones y traumatismos perineales; y de las enfermedades y accidentes añadidos al embarazo y puerperio que se han detallado.

5) En los grupos de levantamiento normal y tardío de los casos sanatoriales y hospitalarios, hubo 3 casos de fiebre puerperal (2 endometritis y 1 febitis) entre 14 casos (21,42%).

6) La evacuación intestinal se realizó espontáneamente en la mayoría de los casos; la vesical en todos. La involución uterina se realizó más rápidamente que lo normal; la recuperación clínica (física y psíquica) igualmente rápido. Las suturas prendieron casi todas (ver cuadros).

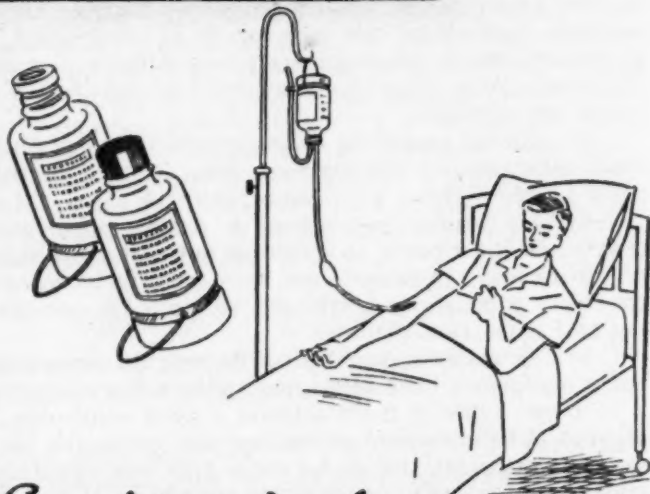
7) Es evidente que el procedimiento del levantamiento precoz y ultraprecoz tienen neta superioridad sobre el llamado normal y lo mismo sobre el tardío acuerdo a estos resultados. No aconsejamos el levantamiento excesivamente precoz (en las 3 primeras hs. post-parto) sino en los casos muy bien estudiados de primíparas, y con matriz de reducido tamaño en el post-parto; aún así es fácil la formación de loquiométras.

8) Consideramos que un mayor número de casos es necesario para destacar claramente la bondad del método y comprobar la falta de inconvenientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — PÉREZ, M. L.: "Tratado de Obstetricia", 1:569-576, 1943 — 4.^a edic., Aniceto López Editor.
- 2 — ROSEMBLUM, G. — MELINKOFF, E. — FIST, H. S.: J. A. M. A., 129: 849-853, 1945.
- 3 — RICCI, G. — PLA, P. C.: Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de Bs. As., XX: 579-592, 1941.
- 4 — SOLDENHOFF, R. de: Lancet, pp. 961, Dic. 18-1948. *Cit. en:* Am. J. of Obst. & Gynec., 58: 1224, 1949.
- 5 — STAJANO, C.: Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de Bs. As., XXX: 28-33, 1951.
- 6 — HOFMEISTER, F. J. — STOUFFER, J. G.: Am. J. of Obst. & Gynec., 62: 177-174 (ver pp. 179, 184), 1951.
- 7 — PÉREZ, M. L.: "Tratado de Obstetricia", 2:1026-1029, 1943. — 4.^a edic., Aniceto López Editor.
- 8 — GONZÁLEZ COLLAZO, A.: Actas y Trab. del IV Congr. Nac. de Medic., T. V: pp. 262, 1931.

SUBTOSAN



Sucedâneo do plasma sanguíneo

Perfeita conservação por
tempo indeterminado

Boa tolerância do organismo

Facilidade de emprego

Comodidade de transporte
e aprovisionamento

Tratamento econômico

Supressão da determinação
dos grupos sanguíneos



A marca de confiança

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, sessão de 9 de maio de 1951

Presidente: Dr. Azarias de Andrade Carvalho

Tubo de polietileno no emprego da via venosa em crianças. — Drs. Virgílio Carvalho Pinto, Roberto Vilhena de Moraes e José Pinus.

— Os autores inicialmente referem-se aos problemas de utilização da via venosa nas crianças e consideram as propriedades e características do polietileno. Preliminarmente à utilização do tubo de polietileno em sua clínica, os autores fizeram um estudo experimental em cães, nos Departamentos de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental e de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, verificando a perfeita tolerância do endotélio venoso em contacto com o tubo de polietileno durante 12 dias. Em seguida, os autores passam a descrever a técnica usada em 35 casos de

crianças portadoras das mais variadas afecções, discutindo os pormenores de interesse de cada caso. Concluem que as seguintes vantagens justificam o uso das cânulas de polietileno em Pediatria e Cirurgia Pediátrica: a) ausência de qualquer ação do polietileno sobre o endotélio venoso; b) ausência de ação sobre os líquidos terapêuticos comumente usados ou destes sobre o polietileno; c) possibilidade de se manter a cânula na veia durante todo o tempo necessário para o tratamento, sem qualquer efeito secundário; d) possibilidade de interrupção da administração dos líquidos empregados quantas vezes fôr necessário, reiniciando-se facilmente a sua administração, tão logo seja desejada; e) possibilidade de não se imobilizar a crian-

BREVEMENTE**6.º volume de ESTUDOS CIRÚRGICOS***do Dr. Eurico Branco Ribeiro*

Pedidos desde já ao autor: Caixa Postal 1574 — São Paulo

Preço Cr \$ 200,00

DR. SYLVIO COSTA BOOCK**LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS****RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445**

ça; f) possibilidade da utilização da mesma veia após intervalos variáveis.

Comentários. — Dr. Jacob Renato Woiski: A hidratação é perfeita com o uso do tubo de polietileno; o processo é ótimo para uso pré e pós-operatório.

Dr. José Carlos Soares Bicudo. — Acho que, nos recém-nascidos, o uso do tubo de polietileno é o único método que dá bons resultados para a hidratação.

Dr. Azarias de Andrade Carvalho. — O método é interessante, principalmente nos casos de cirurgia. Seria, entretanto, interessante o uso do tubo de polietileno nos casos de toxicose para se ter a veia por dois a três dias. Pergunto aos autores se não seria interessante o emprêgo do tubo de polietileno na jugular.

Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto. — Creio que não há impossibilidade de usar a veia jugular, se bem que não tenho experiência própria.

Perturbações da circulação arterial dos membros em crianças (apresentação de três casos). — Drs. José Carlos Soares Bicudo, Carmino Caricchio, Rosa Stella Briquet Heider, Flaminio Camargo, Alfredo D. Cabral, Américo dos Santos e Doutorandos Roberto Guidoni, José de Araújo e Antonio Funcia.

Os autores fazem rápida revisão da literatura, salientando que não encontraram publicação nacional sobre o assunto. Lembram as possíveis etiopatogenias e levantam a hipótese para explicar o caso número 1 (espasmo arterial por trauma obstétrico), não conseguindo explicação satisfatória para os casos 2 e 3. No caso 3, a criança já apresentava, ao nascimento, gangrena do antebraço e mão esquerda. Os autores salientam o sucesso terapêutico obtido pelo uso do bloqueio do simpático e pela atitude conservadora.

Comentários. — Dr. Jacob Renato Woiski. — Pergunto se o

uso da veia femoral não pode provocar espasmo e determinar cianose.

Dr. Azarias de Andrade Carvalho. — Quero salientar a eficiência da terapêutica. Em uma criança, ao colher material da femoral, houve cianose da perna (fenômeno vaso-paralítico).

Dr. José Carlos Soares Bicudo. — O uso da femoral pode provocar espasmo.

Enfarte do testículo e torção da hidátide de Morgagni na infância.

— Drs. Roberto Vilhena Moraes e Virgílio Alves de Carvalho Pinto — Os autores iniciam seu trabalho, chamando a atenção para o número de casos de enfarte do testículo, em crianças, já registrados na literatura mundial, fato que justifica se tenha em mente esta possibilidade diagnóstica sempre que se deparar com um quadro agudo da região escrotal. As causas mais comuns de enfarte do testículo são citadas, bem como a sintomatologia da afecção: dor intensa e súbita, vômitos, aumento de volume do escroto, edema da pele escrotal, pequena elevação da temperatura em geral, palpação de tumoração dolorosa no escroto, etc. O diagnóstico diferencial é discutido. Apresentam a seguir seus casos, num dos quais havia torção do cordão por hérnia estrangulada, em criança de 3 anos; no outro, compressão do cordão por hérnia estrangulada, em criança de 2 meses, não sendo positivada a causa em outros dois, um dos quais já apresentava o enfarte ao nascer e outro com 15 dias de vida. Fazem indicação do tratamento cirúrgico precoce. Passam a seguir a considerar a torção da hidátide de Morgagni, discutindo sua sintomatologia e diagnóstico diferencial e apresentando um caso em criança de 8 anos.

Comentários. — Dr. Auro Amorim. — Tenho 5 casos operados de hidátide do testículo por torção do cordão. Acima de 4 anos de idade, as crianças, devido aos

Comprovado poder
bactericida local!



SULFA + MERCUROCROMO
Ação antiséptica prolongada
SEM IRRITABILIDADE!



Direção científica: Far. FAUSTO SPINA
Secção de Propaganda
PARQUE D. PEDRO II, 870-878
Tel. 3-5916 (Rêde interna)
SÃO PAULO

brinquedos e à grande mobilidade dos testículos, são mais sujeitas a hidátide. Chamo a atenção sobre a patologia, que não é bem conhecida, embora seja muito importante em Pediatria.

Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto. — Em um dos casos apre-

sentados, a criança estava sendo tratada como portadora de um abscesso. Em outro caso o médico assistente tratava apenas dos vômitos que o doente apresentava. Chamo a atenção para o diagnóstico precoce.

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA,

sessão de 26 de maio de 1951

Presidente: Dr. Renato de Araujo Cintra

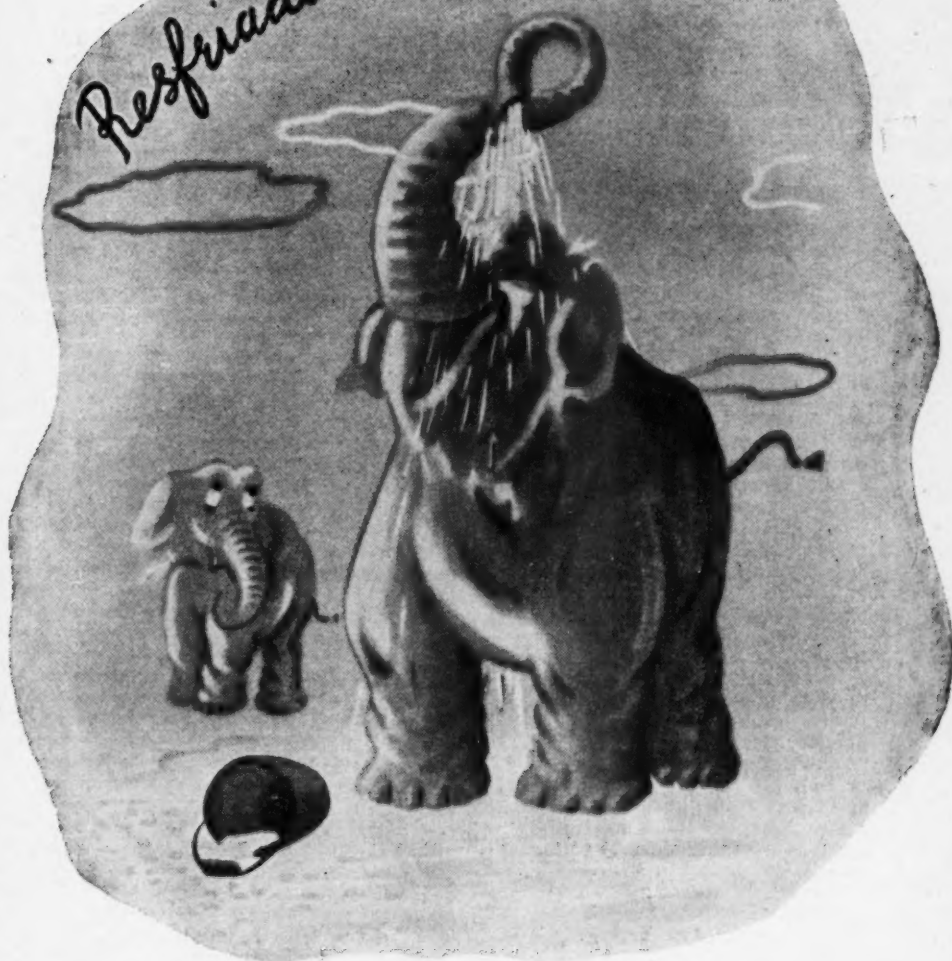
Orientação radiológica no tratamento do câncer da língua. — Dr. Renato de Araújo Cintra. — Foi de início apresentada a classificação das neoplasias em relação ao estágio evolutivo, que é adotada pela Associação Paulista de Combate ao Câncer e no Serviço de Radioterapia do Hospital São Paulo (Escola Paulista de Medicina), na qual baseia-se o trabalho de orientação terapêutica especializada. O autor apresentou um quadro sinóptico, mostrando as várias localizações da lesão neoplástica na língua. O tratamento poderá ser preferencial ou substitutivo: radium, contactoterapia, rontgenterapia profunda ou irradiação e a seguir cirurgia. Apresentou outro quadro, no qual se refere à finalidade terapêutica, que poderá ser paliativa ou radical, conforme o grau de evolução da lesão e das metástases à distância. O autor abordou os cuidados a serem tomados com o doente, no preparo e no tratamento; os fatores que traumatizam a língua foram em seguida estudados, referindo-se aos maus dentes e próteses mal ajustadas. Referiu os inconvenientes das irradiações sobre as regiões já operadas. A técnica prevalente é a contractoterapia, principalmente nos casos de lesão de estágio evo-

lutivo I e sem infiltração. O autor indicou a rontgenterapia profunda nos casos: 1) com metástases para gânglios satélites, estágio I e II, com lesão primária controlada; 2) nos períodos pos-operatórios; 3) irradiação paliativa; 4) nas metástases à distância.

Nova via de acesso para agulhamento de lesões do terço da língua. — Drs. Henrique Méléga, Antonio Corrêa, M. O. Roxo Nobre e Antonio Carlos C. Junqueira. — Usa-se incisão curvilínea, de concavidade superior, iniciando-se logo abaixo do mento e terminando um pouco abaixo do ângulo da mandíbula; ligadura da veia facial, luxação da glândula submaxilar para cima; secção dos músculos digástrico e estilo-hióideo; dissecação e afastamento do nervo hipoglosso; secção dos músculos profundos da região; abertura da mucosa da faringe com ampla exposição da base da língua; afastamento da epiglote; agulhamento. Sutura da mucosa da faringe, juntamente com os músculos profundos; sutura dos músculos digástrico e estilo-hióideo sobre a primeira linha de sutura; sutura dos planos superficiais; posteriormente as agulhas são retiradas por via oral.

Nos dias quentes, evite qualquer espécie de agasalho. Prefira as roupas leves, folgadas e porosas. — SNES.

Resfriado? Desconheça!



COMBATIN

Bi-ascorbato de quinina

Ind. Farm. Endochimica S. A.

MATRIZ

SÃO PAULO — BRASIL

FILIAIS:
RIO DE JANEIRO
PORTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE
CURITIBA
SALVADOR

END. TELEGRÁFICO
"ENDOCHIMICA"
CAIXA POSTAL 7.230

SESSÃO DE 22 DE JUNHO DE 1951

Presidente: Dr. Renato de Araujo Cintra

Tumores do mediastino. — Dr. Bernardino Tranchesi. — Os tumores mediastinais caracterizam-se clinicamente por sintomas e sinais resultantes do maior ou menor comprometimento das estruturas contidas no mediastino. O crescimento tumoral pode decorrer assintomático durante certo tempo, especialmente naqueles casos em que a localização ou o tamanho do tumor não acarretam ainda compressão estruturais vitais. Deste modo, algumas vezes, formações mediastinais podem ser inteiramente destituídas de sintomas e constituir achado de exame radiológico feito com outra finalidade.

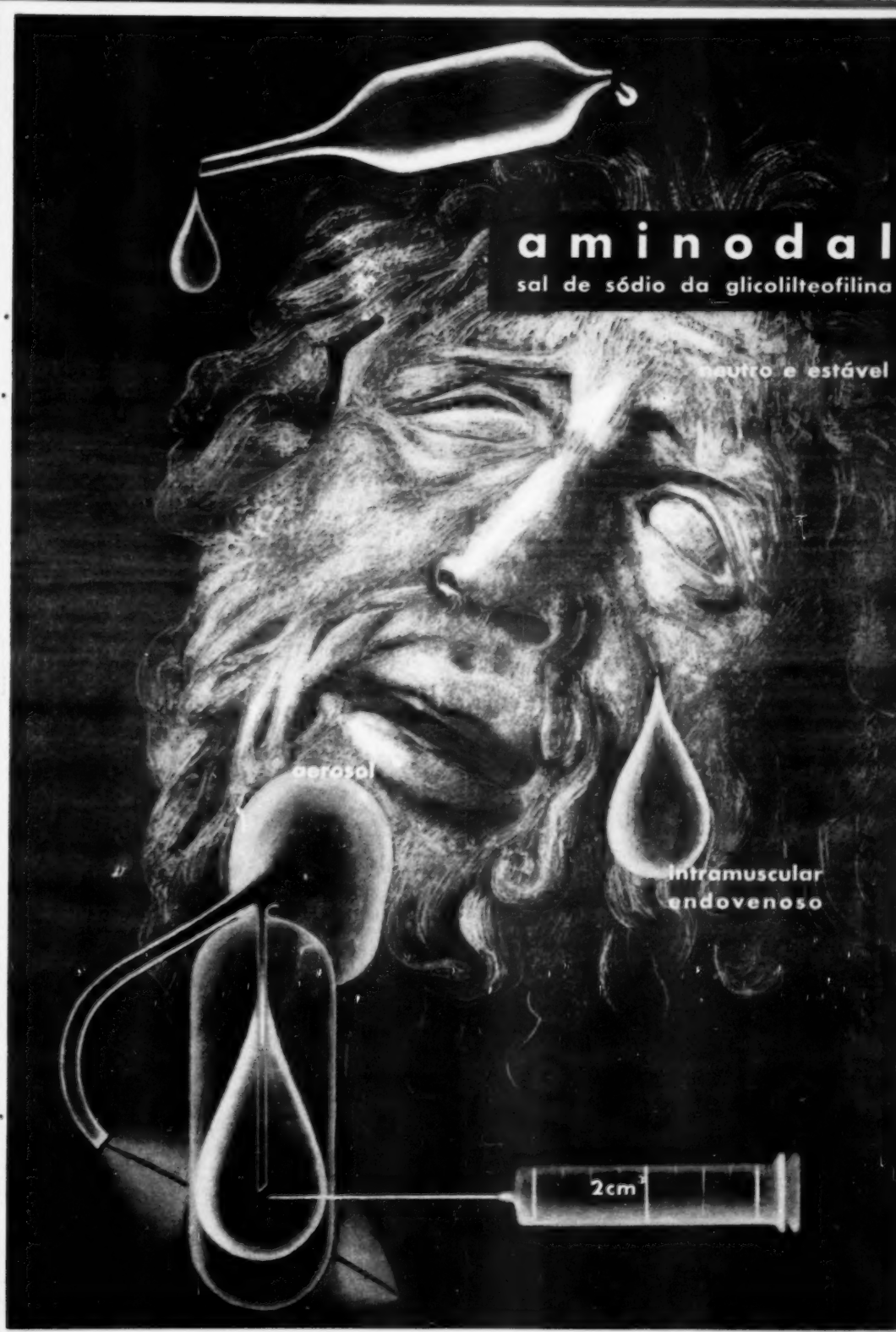
A síndrome mediastínica compressiva exhibe, em conjunto ou isoladamente, os seguintes sinais e sintomas principais: 1) Compressão venosa. — O principal vaso comprometido é a cava superior, acarretando quadro diferente, segundo haja ou não compressão da veia ázigos (tipo azigótico e anazigótico). A compressão das veias pulmonares e da cava inferior é rara. 2) Compressão arterial. — Em geral, as artérias sofrem apenas deslocamento, mas em fases mais avançadas são comprimidas. A compressão do tronco braquiocéfálico e subclávia produz diferença na amplitude do pulso radial e da pressão arterial. 3) Compressão do ducto torácico. Dá o complexo sintomático conhecido por síndrome de Ménétrier: edema dos membros inferiores, parede abdominal, hemitorax e membro superior esquerdos, ascite e derrame pleural esquerdo. A punção revela líquido lactescente. 4) Compressão traqueal e brônquica acarretam tosse, cornagem e escarro hemoptóico. 5) Compressão nervosa. — Attingido o nervo frênico, surge soluço e paralisia diafragmática; a compressão do vago traz tosse, dispnéia tipo asmático e bradicar-

dia; o comprometimento do recorrente, unilateral, traz voz bilateral, e bilateral, acarreta afonia; a paralisia do simpático acompanha-se da síndrome de Claude-Bernard-Horner (miose, enoftalmia e queda palpebral). 6) A compressão do esôfago, trazendo disfagia, é relativamente rara.

No exame físico dos pacientes portadores da síndrome mediastínica, ressaltam como principais os seguintes sinais: edema, cansaço, venosidades na metade superior do tronco, circulação colateral cava-cava, sinal de Dorendorff, dedos hipocráticos, alargamento da maciez esternal, sopro laringotraqueal sobre o esterno, atelectasia pulmonar.

No mediastino anterior, na sua porção superior, localizam-se os tumores da tireóide, o bócio intratorácico e o tecido tireóideo ectópico; na porção média, o timo persistente e os timomas, e na porção inferior, os teratomas, cistos dermóides e os teratossarcomas. No mediastino médio crescem tumores ganglionares (linfossarcoma, Hodgkin, sarcóide de Beck, câncer metastático), os aneurismas aórticos, cistos broncogênicos e higromas císticos. Os tumores dos trajetos nervosos, esôfago e coluna, localizam-se no mediastino posterior; assim é que podemos encontrar: neurofibromas, neurofibrossarcomas, cistos esofagianos e meningocelos.

Radiologia dos tumores do mediastino. — Dr. Eduardo Cotrim. — O autor esclareceu o conceito de mediastino anatómico e radiológico. Dividiu-o em anterior (espaço retrosternal), médio (órgãos vasculares) e posterior (espaço claro posterior). Classificou os tumores em: a) malignos — do mediastino anterior (teratossarcoma), do mediastino médio (linfoblastomas) e do mediastino posterior (neurofibrossarcomas); b)



aminodal

sal de sódio da glicolilteofilina

neutro e estável

aerosol

intramuscular
endovenoso

2cm³

AMINODAL

SAL DE SÓDIO DA GLICOLILTEOFILINA

- 1.º - Vasodilatador das coronárias e estados estenocárdicos.
- 2.º - Na asma brônquica e na dispneia dos cardíacos.
- 3.º - No infarto do miocárdio, na angina do peito e suas manifestações.
- 4.º - No edema, como diurético, por ação típica das metilxantinas.

VANTAGENS:

AMINODAL, por ser uma substância neutra, é de aplicação indolor e pode ser usado pelas seguintes vias:

- AÉROSOL
- INTRAMUSCULAR
- ENDOVENOSA

CAIXA COM 6 AMPOLAS DE 2 cm³

Amostras á disposição dos Snrs. Médicos

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A

RUA SÃO LUIZ, 161 — CAIXA POSTAL, 8.086 — FONE: 35-3141
SÃO PAULO

benignos — do mediastino anterior (cistos dermóides, bócio intratorácico, timomas) e do mediastino posterior. Encarou em seguida, a fisiopatologia em relação aos deslocamentos, compressões, desgaste inversão pulmonar etc. Encarou 8 pontos na metodologia para estudar os tumores do mediastino: sede da lesão; dimensões; forma; relação com órgãos importantes; uni ou bilateralidade; movimentos com a deglutição; comprometimento costal esternal ou vertebral; aumento dos linfáticos de outras regiões.

A radioterapia dos tumores do mediastino. — Dr. Carlos de Campos Pagliuchi. — Preliminarmente, o autor teceu algumas considerações em torno das possibilidades realmente curativas da radioterapia nos tumores do mediastino, acentuando que, com exceção da adenite tuberculosa e da hipertrofia do timo, as indicações daquela terapêutica se reservam apenas às neoplasias malignas. A seguir, dividiu os tumores malignos do mediastino em três grupos, de acordo com a orientação técnica a ser seguida em cada caso: 1) tumores de extensão limitada e de grande rádio-resistência; 2) tumores de dimensões exageradas, de grande rádio-sensibilidade, invadindo não só todo o mediastino como mostrando disseminação pelos campos pulmonares; 3) tumores cujas dimensões são intermediárias entre os dois grupos, podendo ser muito rádio-sensíveis ou radio-resistentes. Assinalou as finalidades do tratamento e as diferentes técnicas empregadas na administração de doses eficazes em cada grupo. Terminando, apre-

sentou documentação radiográfica, exemplificando com dois casos, lesões extraordinariamente rádio-sensíveis, cujo desaparecimento completo pode dar a impressão de uma cura definitiva do processo.

Comentários. — Dr. Mozart Tavares de Lima. — Deve-se cuidar que um aneurisma não chegue à cirurgia. É pequeno o número de tumores do mediastino constatados pela röntgenfotografia. Nesta sessão faltou o estudo anátomo-patológico do mediastino.

Dr. Matias Roxo Nobre. — Resalto a necessidade dos elementos subsidiários de laboratório e outros, essenciais ao diagnóstico diferencial mais perfeito, permitindo melhor tratamento pela radioterapia, que, em alguns casos de tumor maligno, dá resultados que perduram anos.

Dr. Américo Rufino. — Biópsia e punção são exames de rotina no Memorial Hospital.

Dr. Bernardino Tranchesi. — Confirmo a raridade dos tumores do mediastino. O diagnóstico de um aneurisma é, às vezes, muito difícil.

Dr. Euryclides de Jesus Zerbini. — As estatísticas sobre a rontgenfotografia variam de um para outro. A dificuldade de diagnóstico dos aneurismas é real e quando feito no ato cirúrgico, pode ser tratado pela cirurgia quando for um bom caso. Insisto sobre a biópsia, mas acho que a punção, além de difícil e perigosa, nem sempre esclarece.

Dr. Carlos de Campos Pagliuchi. — A radioterapia é, às vezes, um teste, auxiliando o diagnóstico diferencial e esclarecendo mais o caso.

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFIOLOGRAFIA,

sessão de 11 de junho de 1951

Presidente: Dr. Luiz Baptista

Úlcera crônica pós-traumática no joelho esquerdo (com apresentação do doente). — Dr. Afonso Bianco. — O autor tentou a cura

por eletrocoagulação profunda à distância (nádega), baseado na observação de que, quando o doente tivera um abscesso conse-

quente a uma injeção oleosa em uma nádega, a úlcera do Joelho cicatrizara espontaneamente. Verificou, porém, que, apesar de ter havido modificação profunda dos tecidos pela eletrocoagulação, não houve formação de abcesso.

Esporotricose familiar (apresentação de três casos). — Drs. José Augusto Soares, Domingos de Oliveira Ribeiro e Carlos da Silva Lacaz. — Os autores apresentam três casos de esporotricose familiar, em pacientes do sexo feminino, passando em revista os relatórios nacionais e estrangeiros sobre essa modalidade de contágio, para concluir pelo interesse documentário da publicação, dada a raridade desse achado epidemiológico. Outrossim, aceitam como provável a veiculação do "*Sporothricum*" pelas unhas dos pacientes, tais as condições de promiscuidade e de sub-nutrição constatadas. Considerando também que há casos de esporotricose de difícil diferenciação clínica com a leishmaniose e ainda o fato de se poder comprovar retrospectivamente essa doença, acordam-se em emprestar relevo às provas laboratoriais de intradermoreações à esporotriquina e humorais de Widal e Abrami.

Dessensibilização pelo B. C. G. oral em um caso de eritema indurado de Bazin. — Drs. Luiz Baptista, Luiz Marino Bechelli e Fernando Alayon. — Os autores, inicialmente, referem-se aos trabalhos de alguns fisiologistas nacionais, que evidenciaram a eficácia e tolerância do B. C. G., por via oral, mesmo nos alergizados, e ressaltam, ainda, a vantagem da dissociação da alergia e imunidade, diminuindo ou desaparecendo aquela para reforçar esta. Depois de fazerem referências bibliográficas sobre o assunto, relatam o uso do B. C. G. e tuberculina na tuberculose cutânea, por outros autores. Em seguida, apresentam a observação de uma paciente de 32 anos de idade, com eritema en-

durado de Bazin e granuloma anular, cujos diagnósticos foram confirmados pelo exame histopatológico. A reação de Mantoux foi positiva a 1:10.000.000. Submetida ao tratamento pelo B.C.G., por via oral, 30 cg semanais, negatizou-se o Mantoux nessa diluição e a 1:1.000.000, mantendo-se positiva a 1:100.000. Desapareceram completamente as lesões cutâneas após 3 g de B.C.G.. A paciente não apresentava lesões de tuberculose pulmonar aos exames radiográficos no início e final do tratamento, que atingiu a 5,7 g. por via oral, de B.C.G.. A hemossedimentação, que era elevada, voltou à normalidade. Comentam, ainda, os efeitos do B.C.G. sobre o Mantoux, a instabilidade das reações à tuberculina sob a ação de vários fatores, e concluem pela possibilidade de interpretar a dessensibilização parcial e a melhora da paciente pela ação do B.C.G. por via oral. Fazem certas ressalvas ao caso e julgam necessário a observação de maior número de pacientes para a comprovação dos resultados.

Comentário. — Dr. Antonio Carlos de Moraes Passos. — Lembro os trabalhos de J. Silveira na Bahia sobre a vacinação oral pelo B.C.G.; há casos em que, apesar dessa vacinação, a alergia persiste. Quero referir o fato do B.C.G. parenteral não produzir dessensibilização e, portanto, não compreender esse uso feito por Corubleot. No caso apresentado, o autor poderia ter ultrapassado a dosagem atingida, sem inconveniente.

Dr. Carlos da Silva Lacaz. — Havia sido feito a reação de Mitsuda antes do início e depois do tratamento? Como se pode interpretar o estado de imunidade, uma vez que havia desaparecido a alergia? Qual o mecanismo de dessensibilização? Por que não usar a tuberculina em vez do B.C.G., como dessensibilizante? No caso presente a dessensibilização não teria sido consequente ao uso repetido das reações de Man-



G R I P E

RESFRIADO

bronquite

TOSSE

RESYL

PRODUTOS QUIMICOS CIBA S. A.
RIO DE JANEIRO

toux? O B.C.G. pode ser usado nos tuberculosos como meio terapêutico?

Prof. João de Aguiar Pupo. — Ressalto o fato da paciente ter concomitantemente eritema endurado de Bazin e granuloma anular, quando a tendência atual é a de não se atribuir a etiologia tuberculosa a este; entretanto, os resultados terapêuticos da dessensibilização foram idênticos para ambos.

Dr. Luiz Baptista. — No trabalho constava referência à publicação de J. Silveira na bibliografia citada; é conhecido o fato de, em muitos pacientes submetidos ao B.C.G. por via oral, semanalmente, persistir ainda a alergia, conforme os trabalhos citados de Rosenberg. Com relação à dessensibilização por via parenteral Corubleot não a usava com esta finalidade, mas sim com a de trazer um subsídio à etiologia tuberculosa da sarcoidose. Não ultrapassei a dose de 5,7 g porque é sabido que muitos pacientes completam a dessensibilização após a interrupção da vacinação; desconheço qualquer referência quanto a doses mais elevadas. Não empreguei o Mitsuda porque a comunicação dos resultados de

positivação desta reação concomitantemente à ingestão de B.C.G. só foi feita há pouco mais de um mês, época em que a paciente já estava becegeizada. O estado de imunidade é verificado por inquéritos epidemiológicos nos quais se verificou que comunicantes de dotes tuberculosos, vivendo em focos domiciliares, dessensibilizados pelo B.C.G., estão menos sujeitos a adquirir a infecção do que os não dessensibilizados: no caso presente, a dessensibilização, mesmo parcial, foi suficiente para a cura do doente. O mecanismo íntimo da dessensibilização é desconhecido; a tuberculina foi usada como agente dessensibilizante com resultados contraditórios; no caso presente não se pode atribuir a dessensibilização à tuberculina, porquanto, com a suspensão do B.C.G., se elevou o índice de positividade do Mantoux, para baixar novamente com o reinício do B.C.G. O B.C.G. foi usado nos tuberculosos, mostrando-se inofensivo, mas insuficiente como terapêutica. Propositalmente deixei de me referir ao desaparecimento do granuloma anular, relacionando-o à dessensibilização, porquanto fôra feita biópsia da lesão e sua cura pode ser atribuída a esse fato.

SESSÃO DE 11 DE JULHO DE 1951

Presidente: Dr. Luiz Baptista

Apreciação clínica da tolerância e toxicidade do amino-arsenofenol em doentes de leishmaniose tegumentar americana. — Drs. Erico Mandacaru Guerra, Luis Marino Bechelli e Luis Baptista. — A observação de certas intolerâncias no decorrer do tratamento com o amino-arsenofenol induziu os autores a fazer uma tentativa para fixar melhor a natureza e frequência delas, bem como as medidas a serem tomadas para tratá-las e, o que é mais importante, para preveni-las. Após referirem a bibliografia existente sobre o assunto, passam a consi-

derar o material de estudo, que consiste em 18 casos de leishmaniose, submetidos ao tratamento com doses variáveis de amino-arsenofenol. Fazem ressalvas sobre esse material e assinalam ser reduzido o número de observações para permitir apreciação segura de assunto e generalização das conclusões. Mencionam, então, as alterações que foram evidenciadas nos diversos órgãos: 1) Modificação do quadro "hematológico"; o medicamento determinou, muito frequentemente: a) diminuição do número de glóbulos vermelhos e brancos, dos neutrófilos e da taxa

de hemoglobina, e aparecimento de formas jovens; b) eosinofilia; c) oscilações para mais ou menos no número de linfócitos. Não interferiu, sensivelmente, no valor globular e pouco influenciou o número de monócitos. 2 "Rins": apenas em dois casos observou-se ligeira hematúria e discreta albuminúria; a droga habitualmente não afetou os rins, mesmo em pacientes que chegaram a tomar levado número de doses (54 em um caso). 3) "Fígado": o medicamento provocou, com certa frequência, distúrbios hepáticos; a frequência destes poderá ser sensivelmente diminuída desde que se faça a hepatoproteção concomitantemente às injeções do arsenical. 4) Nos 18 casos não se observou qualquer reação cutânea ou sinal de intolerância para o lado dos outros órgãos. Em vista de seus achados, encarecem os autores a necessidade do exame clínico e de certos exames de laboratório (pelo menos hemograma, prova de bromossulfaleína, prova de Hanger, exame de urina tipo 0 e urobilinogênio na urina) antes e durante o tratamento, visando a evidência de certos distúrbios que podem contra-indicar ou tornar mais cauteloso o

tratamento com o amino-arsenofenol.

O tratamento da sífilis pela penicilina-procaína, em doentes do ambulatório da Faculdade de Higiene e Saúde Pública. — Drs. José Martins de Barros, Oscar Simonsen e Walter Pimenta. — Os autores teceram comentários sobre o emprêgo da penicilina no tratamento da sífilis, desde os primeiros esquemas onde se utilizava a penicilina cristalina em solução aquosa, até os esquemas mais modernos com a penicilina-procaína. Apresentam 49 casos de pacientes sífilíticos com esquemas de 6 milhões de unidades de penicilina-procaína, divididas em doses diárias de 300.000 e 600.000 unidades. Todos os esquemas deram bom resultado, conforme a observação feita desses pacientes em um tempo mínimo de 6 meses e máximo de 33 meses. Houve apenas um caso onde o título não baixou, caso esse que foi considerado como insucesso terapêutico, pois já fazia 10 meses de tratamento. Concluíram os autores que os esquemas observados eram eficazes no tratamento da sífilis, de acordo com o espaço de tempo em que os pacientes estiveram em observação.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, sessão de 13 de junho de 1951

Presidente: Dr. Américo Nasser

Provas funcionais para as veias do membro inferior. — Dr. Octávio Martins de Toledo. — O estudo propedêutico das varizes dos membros inferiores exige o conhecimento da anatomia e da fisiopatologia dos sistemas venosos superficial e profundo. É preciso saber a origem, distribuição e terminação da safena interna, safena externa e veias perforantes comunicantes, assim como a direção da corrente sanguínea nessas veias, tanto no estado hígido como no patológico. As varizes dos membros inferiores têm como causa essencial a insuficiência valvular

venosa. Não basta, porém, dizer que o indivíduo é varicoso; é indispensável que se localize topograficamente a insuficiência valvular, porque disso depende o tratamento. Não raro, é mais trabalhoso o exame do doente, a localização exata da ou das insuficiências venosas, do que a própria operação. No exame é preciso ter em mente que as varizes dos membros inferiores podem ser causadas por insuficiência: a) da safena interna; b) da safena externa; c) simultânea de ambas as safenas; d) de uma ou das duas safenas associada à de veias per-

furantes-comunicantes. Alguns autores admitem que se poderiam incluir num quinto capítulo as varizes por insuficiência exclusiva de veias perfurantes-comunicantes. O assunto é, porém, controverso. No exame de indivíduo varicoso usam-se vários testes ou provas; a terminologia destes testes geralmente traz grande confusão no espírito dos que se iniciam no estudo deste assunto; um dos motivos dessa confusão está no fato de, geralmente, um mesmo teste estar ligado a nomes de autores diversos. O teste que tem ocasionado maior confusão, entretanto, é o da célebre "prova de Trendelenburg", a prova de compressão e descompressão do tronco da safena interna, e isto porque, frequentemente, ela perde a simplicidade com que foi descrita e na qual deveria permanecer, para ser desdobrada em prova, contraprova, prova dupla, positivas ou negativas. Acontece ainda que não há uniformidade na classificação dos fatos, pois que o resultado tido como positivo para uns, por outros é dado como negativo e vice-versa. Não há dúvida que essas modificações foram feitas visando tornar o teste mais compreensível, porém, a prática tem demonstrado que elas, em lugar de simplificarem, complicaram o assunto. Em face disto nós adotamos a prática de, no exame do varicoso, executar os diversos testes sem lhes dar nomes, procurando analisar e interpretar os seus resultados, sem os classificar de positivos ou negativos. Deste modo, apelando-se mais para a razão do que para a memória, o perigo de confusão desaparece. Há uma série de testes empregados no estudo propedêutico das varizes; vários deles não são mais do que modificações de outros, e alguns visam demonstrar o mesmo fato. No Serviço do Prof. Alípio Corrêa Neto, adotamos um esquema completo destas provas, para facilitar o diagnóstico de todos os casos, mesmo os mais difíceis.

Aqui não podemos tratar, nem mesmo resumidamente, de todos estes testes. Assim, pois, só nos será possível dizer muito sumariamente que o exame físico local dos casos simples de varizes pode ser conduzido e interpretado do seguinte modo: 1) Inspeção das faces ântero-interna do membro, a fim de observar o que a safena interna e safena externa apresentam de anormal. 2) Palpação digital, procurando-se confirmar e ampliar os dados fornecidos pela palpação. 3) Faz-se o indivíduo passar do decúbito dorsal para a posição erecta; havendo refluxo venoso e consequente enchimento das veias do membro, o indivíduo é considerado varicoso. 4) Na posição de decúbito dorsal e com o membro inferior elevado a 45° o paciente é convidado a tossir ou contrair os músculos do abdome; se com isto houver refluxo venoso visível ou palpável através da safena interna, a insuficiência desta veia estará demonstrada patognomonicamente. 5) Na posição de decúbito dorsal e com o membro inferior elevado a 45° faz-se a compressão digital ou com garrote do tronco da safena interna na raiz da coxa; se não houver enchimento venoso abaixo de garrote, dentro de 30 segundos, poder-se-á dizer que não existe insuficiência da safena externa ou de veias perfurantes-comunicantes; se o contrário se der, isso demonstrará insuficiência abaixo do garrote e, portanto, da safena ou comunicantes, ou de ambas. 6) Mantendo-se o indivíduo em pé, prossegue-se no exame; retira-se o garrote da raiz da coxa; se houver refluxo venoso e consequente enchimento (ou aumento de enchimento) das veias abaixo do garrote, dir-se-á que a safena interna está insuficiente; se, ao contrário, essas veias permanecerem vazias, a safena interna não estará insuficiente. 7) O fato de as veias do membro se encherem abaixo do garrote colocado na coxa, quando o indivíduo passa de decúbito dorsal para a posição erecta, indica que há

POTÊNCIA PROTEGIDA

IN VITRO e IN VIVO



A potência dos comprimidos de **PENICILINA ORAL FONTOURA-WYETH**, de 100.000 unidades por comprimido, é realmente protegida:

IN VITRO

Pelo dessecante azul, cuja mudança de cor indica provável diminuição de potência do produto.

IN VIVO

Pelo citrato de sódio, presente na fórmula, e que funciona como tampão, impedindo a ação destruidora do suco gástrico sobre a penicilina.

ALÉM DISSO

a fixação do "prazo de validade" em apenas dois anos, que constitui uma garantia adicional, estabelecida pelos elevados padrões da

Fontoura-Wyeth

insuficiência da safena ou comunicantes, ou de ambos os sistemas, porém, não localiza a sede da insuficiência venosa. Esta localização pode ser feita com a prova dos dois garrotes ou com o teste das duas faixas ou da faixa e garrote. Além destes testes referidos há outros usados na propedêutica das varizes, mas que não podem ser estudados em vista da exiguidade do tempo.

Técnicas cirúrgicas para o tratamento das varizes do membro inferior; apresentação de instrumento cirúrgico próprio. — Prof. Mário Degni. — O autor faz uma revisão das diferentes técnicas, detendo-se, dentre as já conhecidas, nas que utiliza na sua clínica e revê as técnicas cirúrgicas modernas. Sucintamente divide assim as técnicas conhecidas e antigas: 1) Ligaduras múltiplas percutâneas; 2) Safenectomia (safena magna) a céu aberto; 3) Safenectomia por arrancamento, que compreende as técnicas de Mayo, de Babcock, de Hodge, Grimson e Schiebel (1945) e a de Bull-Hiatt. Esta é usada de preferência pelo autor, sendo que a de Hodge e col. tem indicações muito restritas; 4) Ligadura e ressecção da crosse da veia safena magna; esta técnica é também utilizável para a veia safena parva. Sua indicação é muito restrita porque exige funcionamento perfeito das comunicantes. A estatística de McElwee e Maisel demonstra que a insuficiência de comunicantes ocorre em 65% dos casos e os estudos anatômicos de Sherman verificaram 823 vezes comunicantes insuficientes em 901 membros inferiores. Este fato, segundo o autor, limita a indicação desta técnica em sua clínica. 5) Secção circular ou espiral da pele e tecido conectivo frouxo subcutâneo; tem apenas valor histórico. 6) Discisão de Klapp; apenas de valor histórico. 7) Anastomose safeno-femural. A crítica que o autor faz a este tipo de operação é a mesma que fez para a técnica da ligadura e ressecção da crosse;

acresce ser técnica muito difícil, há perigo de embolias e oclusão da anastomose, assim como deixa as colaterais. 8) Operações que aproveitam o efeito propulsor dos músculos sobre a circulação venosa. O autor apresenta crítica que invalida as técnicas apresentadas, porque a ação muscular só é propulsora com válvulas suficientes. 9) Ligadura da veia poplitea (operação de Parona); só indicada na insuficiência venosa do sistema profundo. 10) Neste item o autor reúne as técnicas aparecidas recentemente: a) técnica de Payne (1941): o autor não encontra bases na fisiopatologia da afecção varicosa para indicação desta técnica; b) técnica de Vaugn (1942): defende as ligaduras múltiplas, usando uma haste flexível intravenosa como guia; operação defendida por estatísticas de clínicas cirúrgicas conceituadas, mas que, segundo o autor, pode ser substituída pela técnica de Pratt; c) técnica de Garber (1948): consiste em ressecções múltiplas de ambas as veias safenas, exigindo de 15 a 55 incisões e duração de operação variando de 1 hora e meia a 4 horas e meia; d) técnica de Linton e Keeley (1949), que realiza a secção e ligadura subfascial das veias comunicantes ao nível da perna; segundo o autor, há indicações limitadas para esta operação, especialmente nos casos de comunicantes insuficientes em grande número; e) técnica de Sherman (1949), muito trabalhosa, exigindo de 8 a 12 incisões para a retirada de todas as comunicantes insuficientes e durando cerca de 3 horas; f) técnica de Pratt, que consiste na safenectomia por arrancamento, usando um fleboextrator; difere da técnica de arrancamento conhecida porque interrompe ao nível das comunicantes insuficientes e nesta altura faz outra incisão, liga e secciona o comunicante, prosseguindo com o arrancamento. Em sua clínica, o autor a indica quando há comunicantes insuficientes calibrosas. 11) Tratamento combinado. Consiste na associação

da cirurgia (ressecção da crosse de veia safena magna, com ligadura e secção de todas as tributárias ao seu nível) e injeção esclerosante. O tratamento combinado pode ser feito segundo várias técnicas: a) técnica de Homans, McPheeters, etc.; injeção agulha ou cânula; b) técnica de Ungler e Dood-Foote: injetam o esclerosante com catéter ureteral, sendo que Ungler cateteriza de cima para baixo e Dood-Foote, de baixo para cima; c) técnica de Howard, Jackson e Mahon (1931); d) técnica de Mariano (1949); e) técnica de Salleras e Brull (1950).

Terminada essa relação de técnicas, o autor passa a expor as que utiliza em sua clínica e qual o critério de indicação de cada técnica adotada. Acredita o autor ser erro grave a adoção de uma única técnica para todos os casos. Com essa conduta há alta percentagem de recidivas. Por fim, o autor faz considerações sobre os fleboextratores, indicando quais os diversos requisitos que deve preencher um bom fleboextrator; faz uma revisão dos tipos mais conhecidos e apresenta um modelo pessoal de fleboextrator. Todos têm haste com 70 cm de comprimento e olivas de 4 tamanhos diferentes. O cabo facilita o arrancamento da veia.

Comentários. — Dr. Fuad Al Asal. Dou grande importância ao problema da orientação das válvulas entre os sistemas venosos superficial e profundo, que se faz daquele para este, como pode ser

demonstrado pela flebografia; todavia, alguns trabalhos recentes dão 80% para uma orientação do profundo para o superficial. O dr. Octavio Martins de Toledo não se referiu às varizes pós-trombóticas. Considero boa a prova de Pratt. A flebografia é o melhor propedêutico para diferenciar as varizes essenciais das pós-trombóticas. Para localizar os comunicantes insuficientes acho ainda utilíssimo este método, pois estas têm papel preponderante na fisiopatologia.

Dr. Plínio Garcia. — Na Escola Paulista de Medicina tive oportunidade de praticar, como meio propedêutico, a flebografia da veia poplítea, através de pequeno catéter introduzido pela safena parva; com este meio verifico se há insuficiência venosa profunda, caso em que o contraste injetado desce para a perna, sendo aconselhada a ligadura da veia poplítea. Considero-a um meio útil, não só com fins diagnósticos, como para orientar a terapêutica. O tratamento esclerosante pode produzir espasmos e trombozes, dando mesmo tromboflebites, motivo por que não uso este processo. Utilizo o fleboextrator apenas na coxa, porque na perna é difícil seguir as tortuosidades da veia.

Dr. Aluizio Camará Silveira. — Com base nos meus estudos sobre mais de 1.000 disseções de veias, a orientação das válvulas é do sistema superficial para o profundo.

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, sessão de 18 de junho de 1951

Presidente: Dr. Luiz Piza Neto

Cefaléias miogênicas. — Drs. Fairbanks Barbosa, Fábio Barreto e Mário Corrêa da Fonseca. — Primeiramente, os autores passam em revista as estruturas intra e extracranianas sensíveis à dor. As cefaléias de origem extracraniana, segundo Peritz, são de causa mus-

cular. Quase sempre devidas a mecanismo funcional reversível, têm origem em massa muscular em estado de hipertonia. A dor em um ponto da cabeça pode determinar reflexamente uma reação muscular no mesmo ou em outro ponto. Se a reação for prolonga-

da, atua como fonte de estímulo doloroso. Assim, a dor provoca contratura e esta provoca dor. Glancheib acha que a dor é motivada pelo déficit circulatório, podendo este déficit ter como causa: estados constitucionais simpaticotônicos, hipersensibilidade ao frio, focos de infecção, anemias, desnutrição, diabetes, estados de tensão nervosa e emotiva. Os músculos mais predisponentes são os posturais. A irradiação da dor se processa obedecendo ao chamado reflexo viscero-sensitivo de Mackenzie. O diagnóstico tem como base a palpação, que encontrará os músculos tensos e algumas vezes com nódulos. Podem simular todos os tipos de cefaléias. As perturbações cardíacas e gástricas que as acompanham são

explicadas pelo reflexo de Aschner. Tratamento: massagens, calor e eliminação da causa.

Osteoma da mastóide. — Drs. Fábio Barreto Matheus e Nelson A. Cruz. — Os autores fazem uma revisão da literatura, concluindo pela raridade do processo. Dividem os osteomas em eburneos, esponjosos e cartilaginosos segundo o aspecto histológico, e fino móvel libertado, segundo a sua inserção. Passam em revista as diversas teorias etiopatogênicas, a sintomatologia e o tratamento. Apresentam a observação de um paciente com 13 anos de idade, portador de um grande osteoma esponjoso da mastóide que se estendia até as regiões temporal e occipital.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL,

sessão de 4 de julho de 1951

Presidente: Dr. Oswaldo Paulo Forattini

Hipótese sobre a origem e disseminação das doenças infecto-contagiosas. Interpretação das "cargas" dos germes e seu efeito. (Nota prévia). — Dr. João Evangelista de Azevedo Costa.

Este trabalho será publicado, na íntegra, em um dos próximos números desta revista.

Serviço Especial de Saúde de Araraquara. Organização e objetivos. — Drs. José Péricles Freire e Ruy Soares. — Desde há muito tempo, São Paulo se ressentia da falta de uma organização que se prestasse às experiências e demonstrações de novos métodos de Saúde Pública e, ao mesmo tempo, servisse para treinamento de seu pessoal técnico. Se considerarmos que o Estado de São Paulo é uma das áreas que possui maior número de unidades sanitárias no mundo, fácil será avaliar a extensão da lacuna existente. Esta desapareceu com a criação do Serviço Especial de Saúde (S. E. S.) no município de Araraquara, em julho de 1947. A or-

ganização do novo serviço foi confiada ao Prof. Paulo C. de A. Antunes. A escolha de Araraquara foi motivada por vários fatores: iniciativa particular bastante desenvolvida, facilidade de acesso, subdivisão das propriedades, grande população vivendo na área rural e ainda, por ser um município que apresenta um quadro típico dos demais municípios paulistas.

O S. E. S. é uma unidade de âmbito municipal, subordinada a Diretoria Geral do Departamento de Saúde, tendo, como órgãos orientadores, um Conselho de Saúde e a Cátedra de Parasitologia e Higiene Rural da Faculdade de Higiene de São Paulo. O Conselho é constituído pelos seguintes membros: Diretor Geral do Departamento de Saúde, Diretor da Divisão do Serviço do Interior, Professor da Cadeira de Técnica Sanitária, Professor da Cadeira de Parasitologia e Higiene Rural, e o Prefeito Municipal. O Conselho de Saúde e a Cátedra de Parasitologia e Hi-

NOVOS PRODUTOS GLAXO

SECLOPEN

PENICILINA GLAXO PROCAÍNICA

Frasco contendo:

300.000 Unidades Penicilina G Procaínica

100.000 " " " Sódica Cristalina

(Também em frascos com 5 doses)

**PARA APLICAÇÃO AQUOSA, PRODUZINDO ALTO
NÍVEL INICIAL E PROLONGADA AÇÃO**

Vitamina B12 Glaxo

Caixa com 6 ampolas de 1 cc., contendo
20 microgramas por cc.

**TRATAMENTO DAS ANEMIAS PERNICIOSAS E
MACROCÍTICA, SPRUE E ANEMIA DA GRAVIDEZ**

Representantes gerais para o Brasil:

LABORATÓRIOS GLAXO (BRASIL) S. A.

CAIXAS POSTAIS:

RIO DE JANEIRO 2755
PORTO ALEGRE 1297
BAHIA 887

SÃO PAULO 5757
CURITIBA 593
RECIFE 1080

giene Rural são os órgãos consultivos e o Diretor do S. E. S., o executivo.

O S. E. S. é o único responsável pela Saúde Pública do Município. Tem em atividade as seções básicas de um Centro de Saúde, a saber: 1) Administração; 2) Estatísticas; a) Estatística vital; b) Estatística de Saúde Pública; 3) Saneamento: controle da malária, alimentação pública, higiene da habitação, água, destino dos dejetos; 4) Educação Sanitária: já receberam treinamento no S. E. S., 302 técnicos de Saúde Pública; 5) Higiene da Criança: a) Higiene materna; b) Higiene infantil e pré-escolar; c) Higiene escolar; 6) Higiene do adulto; 7) Doenças transmissíveis: doenças transmissíveis agudas, doenças transmissíveis agudas, doenças venéreas, tisiologia, lepra, tracoma; 8) Higiene dentária; 9) Laboratório de Saúde Pública; 10) Enfermagem de Saúde Pública.

O S. E. S. tem em funcionamento dois Centros de Saúde na zona urbana e três na zona norte do município. Os Centros da cidade fazem somente medicina preventiva e tratamento de moléstias transmissíveis, ficando o tratamento das moléstias gerais sob a responsabilidade das organizações hospitalares locais, que recebem auxílio financeiro do Serviço. Os centros rurais exercem medicina curativa e preventiva realizando o moderno conceito de Saúde Pública, isto é, valorizar o homem do campo pela melhoria de sua saúde.

Comentários. — Dr. Tito Lopes. — Peço informações sobre o número de prédios dedetizados e a dosagem de DDT usada. Além disso, no que concerne ao caso de curiosas, pergunto se não há incompatibilidade entre esse processo de atração e educação das referidas curiosas e a legislação vigente.

Dr. Emílio Salum. — Ainda a respeito das curiosas, pergunto se, depois de adotado esse processo de atração e educação, houve alguma melhoria na incidência do tétano umbilical.

Dr. J. Mello. — Peço esclarecimentos sobre o critério usado para a admissão de médicos no S. E. S.

Dr. A. Lyra. — A respeito do processo de persuasão adotado pelo S. E. S., acredito que realmente isso só é viável nesse Serviço, que dispõe de inspetores com instrução secundária. No resto do Estado, tal não se dá e, portanto, deve ser usado o Código. Pergunto se a vacinação em massa de 3 em 3 anos é primo-vacinação ou há revacinação. Pergunto ainda como é feito o policiamento sanitário das habitações.

Dr. Aldino Schiavi. — Desejo algumas informações sobre os recentes casos de malária que ocorreram no município.

Dr. Victor Homem de Mello. — Pergunto se os casos de sífilis têm sido seguidos e observados, e qual o tratamento adotado para a sífilis da gestante. Pergunto ainda qual o tratamento adotado para a malária.

Dr. José Péricles Freire. — Foram dedetizados 2.500 prédios, e o inseticida foi usado em emulsão a 5%. Com a atração e educação das curiosas procuramos melhorar esses elementos, que são de categoria muito baixa e deficiente. Na realidade não há médicos em número suficiente para atender todos os casos. Com isso não se procura legalizar a situação das curiosas, mas sim melhorar uma situação já existente. A queda na incidência do tétano umbilical foi grande. Todavia, não sei até que ponto as medidas de educação de curiosas possam ter influído. Pode ter sido simples coincidência. Há liberdade administrativa. O diretor do S.E.S. admite e demite. Na vacinação em massa, de 3 em 3 anos, há revacinação. O policiamento sanitário das habitações é feito por inspetores. Os casos de malária (cerca de 60) ocorreram em área não compreendida pelo S. E. S., porém atendidos pelo Serviço. Nos casos de sífilis não seguidos e observados, o tratamento é constituído de penicilina (3.000.000 de unidades), inclusi-

ve para a sífilis da gestante. Quanto a malária, na época em que havia casos, o tratamento usado era o Aralen.

Febre tifóide em Campinas. — Dr. João Evangelista de Azevedo Costa. — O autor chegou às se-

guintes conclusões, estudando a incidência de febre tifóide em Campinas, no ano de 1949: 1) Recrudescência epidêmica no período 26-7-49 a 8-12-49: Número de casos confirmados, 86; Número de óbitos, 6; Isolamento hospitalar, 51; Isolamento domiciliar, 35.

Vacinas	Urbana	Rural e distritos	Total
N.º 285	27.711	2.681	30.392
N.º 63	518	304	822
N.º 282 (via oral)	1.652	308	1.960
Via oral vendida nas farmácias	18.796	—	18.796
Total	48.677	3.293	51.970

2) Imunizações completas em 1949

3) Causa da recrudescência epidêmica: verduras; 4) Subcausa extrínseca: déficit de chuva; 5) Fatores agravantes extrínsecos: calor excessivo, economia na água do abastecimento; 6) Subcausa intrínseca: perda da imunidade da coletividade.

Principais medidas propostas: 1) Ao Legislativo e Executivo municipais: a) ampliação dos serviços de abastecimento de água; b) drenagem — retificação e canalização de córregos (depuradouros). 2) As autoridades superiores de Saúde Pública: a) estudo de lei ou de artigos complementares ao regulamento vigente de Assistência Pública; b) imunização antitífóidica residencial, nos bairros não dotados de água do abastecimento público e rede de esgotos.

Comentários. — Dr. Victor H. de Mello. — Pergunta se houve relação entre mortalidade e terapêutica.

Dr. João E. de Azevedo Costa. — Não houve relação.

Contribuição à carta da distribuição dos triatomídeos no Estado de São Paulo. — Drs. Tito

Lopes da Silva, Aldino Schiavi, José Aluisio Bittencourt da Fonseca, Tuffy Haron, Athos Procopio de Oliveira, Camilo Sá P. Passalacqua e Anísio Ribeiro de Lima. — Os autores comunicam a existência de triatomídeos em mais de 52 municípios. Em 24 municípios os triatomídeos estavam infectados pelo "T. cruzi" (Américo de Campos, Alvares Florence, Avaí, Baritana, Campos Novos Paulista, Cardoso, Cosmorama, Guaraci, Itai, Itapira, Novo Horizonte, Palestina, Paulo de Faria, Pereiras, Pontal, Queluz, Santa Adélia, Santo Antônio da Alegria, São Pedro do Turvo, Timburi, Ubirajara, Uchoa, Valentim Gentil, Votuporanga). Em todos estes municípios a espécie "T. infestans" está presente e infectada. Juntamente com o "T. infestans" em 7 municípios encontrou-se o "T. sordida" (Alvares Florence, Buriama, Cardoso, Novo Horizonte, Palestina, Paulo de Faria e Pontal), sendo que em 2 municípios estes apresentavam-se infectados pelo "T. cruzi" (Alvares Florence e Paulo de Faria). Em um município foi também encontrado o "P. megistus", sendo constatada também sua infecção pelo "T.

cruzi" (Guaraci). Entre os 28 municípios onde os triatomídeos não estavam infectados, 24 mostraram a presença de "T. infestans" (Alvares de Carvalho, Areias, Ariranha, Borborema Cajobi, Cerqueira César, Conchal, Cosmópolis, Gracianópolis, Guariba, Ibirá, Itatinga, Itirapina, Jaborandi, Laranjal Paulista, Lutécia, Macambal, Nhandeara, Paraguaçu, Planalto, Presidente Alves, Santa Cruz do Rio Pardo, Tupã, Urupês); em 3 foi encontrado o "T. sordida" (Cajobi, Guariba e Itajobi); em um somente o "T. prolixus" foi constatado (Pitangueiras); juntamente com o "T. infestans" apareceu o "T.

sordida" em 2 municípios (Cajobi e Guariba).

Comentários. — Dr. J. Lima Pedreira de Freitas. — Pergunto se o achado de tratomídeos em Queluz é isolado, em relação às zonas circunvizinhas.

Dr. Tito Lopes da Silva. — Em relação ao Estado de São Paulo, é: Encontramos apenas "manchas" de "barbeiros" no município de Areias. Já do lado do Estado do Rio de Janeiro a situação é semelhante à de Queluz. Neste, rara é a casa isenta de "barbeiros", inclusive dentro da zona urbana.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 28 DE NOVEMBRO DE 1951

Presidente: Dr. Moacyr Boscardin

Diagnóstico radiológico dos tumores da bexiga — Dr. Atayde Pereira. O A. discorreu sobre o diagnóstico radiológico dos tumores da bexiga, dizendo serem estes de três classes: os da linha epitelial, os conjuntivos e os heterotópicos.

Localizam-se de preferência nas paredes laterais e no trigono. Expõe os sintomas e os elementos de diagnóstico detendo-se na contribuição da radiologia. Dois métodos radiológicos podem ser empregados: roentgenoscopia e radiografia, aquele dando indicações sobre a dinâmica vesical. Cerca de 80 cc. de contraste dão em média boas radiografias. A planigrafia facilita a localização do tumor; si se fez prévia cistoscopia, a incidência dos raios é facilmente orientada para se obter uma chapa bem demonstrativa. Fez crítica do exame radiológico e expoz numerosos cistogramas de casos de tumor da bexiga e de casos que podiam simular radiologicamente, a existência de tumor. A aerocistografia pode dar chapas muito demonstrativas. A imagem em

boca de peixe foi descrita pelo A. como indicativa de tumor da bexiga.

Comentários: — Os Drs. Jacir Quadros e Eurico Branco Ribeiro referiram-se a radiografias do estômago e da bexiga. O dr. Atayde Pereira referiu que na prática, a aerocistografia não dá os informes que dela se podiam esperar. A impregnação prévia com contraste favorece as aerocistografias.

Alergia — Dr. Orlando Henrique França. O A. relatou o que foi o I Congresso Internacional de Alergia, a que compareceram 9 brasileiros entre cerca de 1.200 médicos. Referiu-se às contribuições levadas pelos brasileiros. Discorreu sobre os conceitos de alergia, citando vários autores. Declinou os limites da alergia, procurando desfazer as confusões correntes. Resumiu depois os três trabalhos que apresentou ao Congresso. A neutropenia e a leucopenia são elementos que encontrou no estados alérgicos ao lado da eosinofilia.

SOROS

PINHEIROS



ANTI-DIFTÉRICO
ANTI-TETÂNICO
ANTI-BOTRÓPICO
ANTI-CROTÁLICO
ANTI-OFÍDICO

Cirurgia do baço — Dr. Odilo Siqueira, (Presidente Prudente) — O A. falou sobre cirurgia do baço, que se apresenta frequente na zona onde trabalha. Discorreu sobre as esplenomegalias e o seu reconhecimento pelo clínico. As esplenomegalias parasitarias e a molestia de Banti são do dominio da cirurgia. Apresentou 8 casos operados e tratou com minucia da técnica operatória.

Comentários. — O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se aos tipos de incisão para abordagem do baço e à frequência da hemato pleura no posoperatório. O dr. Jacyr Quadros falou sobre os be-

nefícios do pneumoperitoneo no exame do baço. O dr. Ademar Albano Russi referiu-se à ligadura prévia dos vasos curtos antes de se ligar o pediculo. O dr. Moacyr Boscardin relatou dois casos de esplenectomia que teve a oportunidade de operar. O dr. Paulo Bressan mostrou as vantagens da luxação do baço antes de ligar o pediculo. O dr. Eurico Branco Ribeiro relatou um caso de erro-nefrose simulado esplenomegalia. O dr. Odilo Siqueira disse não ter encontrado reações pleurais no posoperatório da esplenectomia. Fez ainda considerações sobre detalhes de técnica cirurgica.

Outras Sociedades

Hospital Juqueri, sessão de 11 de janeiro de 1952, ordem do dia: 1) Psicose por lesão cerebral — Arteriosclerose cerebral; 2) Meningite purulenta; 3) Hipertonia genuina; 4) Psicose maniaco depressiva — Arteriosclerose cerebral. Drs. Antero B. Barata, Jorge Cozzolino, Carlos Sacramento e Elio M. D. da Costa.

Maniconio Judiciário, sessão de 4 de janeiro de 1952, ordem do dia: 1) Homicídio. Psicose heterotóxica — dr. Paulo Fraletti; 2) Tentativa de homicídio. Epilepsia dr. Ernani Borges Carneiro; 3) Incesto. Surto delirante — Ernani Bernardinelli.

—, sessão de 11 de janeiro de 1952 ordem do dia: 1) Furtos. Esquizofrenia — dr. Mauricio Levy Junior; 2) Contravenção das leis penais. Esquizofrenia hebefrenica — dr. Paulo Fraletti; 3) Contravenção das leis penais. Alcoolismo crônico — dr. Carlos Mesquita de Oliveira; 4) Furtos. Personalidade psicopatica — dr. Ernani Bernardinelli; 5) Falsificação. Debilidade mental — dr. Rafael de Mello Alvarenga.

—, sessão de 18 de janeiro de 1952, ordem do dia: 1) Estupro. Embriaguez patológica — dr. Fran-

cisco Osvaldo Tancredi; 2) Furtos. Personalidade psicopatica amorale. — dr. Leonce Pinheiro Cintra; 3) Tentativa de homicídio. Personalidade psicopatica, — dr. Mauricio Levy Junior; 4) Homicídio. Debilidade mental — dr. Mauricio Amaral; 5) Furto. Neuro-lues — dr. Rafael de Mello Alvarenga.

Sociedade Brasileira de Leprologia, sessão de 14 de janeiro de 1952, ordem do dia: O comportamento da reação de Mitsuda em tuberculose após a becegeização oral em doses repetidas, semanais — drs. Antônio Carlos de Moraes Passos, Luiz Baptista, Nogueira Martins, Pedral Sampaio, Homero Silveira e Ribeiro Marques.

Sociedade de Estudos Médicos, sessão de 18 de janeiro de 1952, ordem do dia: 1) Relatório das atividades de 1951; 2) Posse da nova diretoria constituída pelos drs. Aristides Giorgi, Ari Lex e Luiz Oriente, respectivamente presidente, secretário e tesoureiro; 3) discussão do novo regimento interno.

Sociedade de Gastrentorologia e Nutrição de São Paulo, sessão de 30 de janeiro de 1952, ordem do dia: 1) Prof. Eurico da Silva Bas-



ECZESAN

PASTA REDUTORA FRACA



É uma pasta complexa, antiflogística-redutora-antipruriginosa, concebida para o tratamento externo de todas as variedades de eczemas.



Age rapidamente sobre a sintomatologia
quer subjetiva, quer objetiva.



MODO DE USAR:

Aplica-se uma leve camada sobre a pele doente, 1-2
vêzes ao dia. Nos casos irritados, usar durante a
noite o Eczesan e durante o dia o Epicutan.



LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Prça Olavo Bilac, 105 - Caixa Postal, 2797 - SÃO PAULO
Consultores Científicos: Drs. Mario Artom e Alexandre Seppilli

tos — Tratamento cirurgico do câncer do pancreas; 2) Dr. Mário Oliveira Ramos — Hérnia do hiato diafragmático; 3) Dr. Carlos de Oliveira Bastos — Icterícia hepato-tóxica pelo atofan e seus derivados.

Sociedade Médica da Municipalidade de São Paulo, sessão de 3 de janeiro de 1952, ordem do dia: 1) Discussão sobre os serviços médico-hospitalares recém-criados e suas relações com o Hospital Municipal, e demais serviços existentes.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 2 de janeiro de 1952, ordem do dia: 1) Dr. Alberto Carreón Vergara — El clima y los procesos quirurgicos en algunas regiones del Perú; 2) dr. José Saldanha Faria — Rutura exponanea do utero fora do trabalho de parto.

—, sessão de 16 de janeiro de 1952, ordem do dia: 1) dr. Adalberto Leite Ferraz — Invaginação crônica do intestino grosso no adulto; — prof. Antônio Prudente — Melanoma maligno; drs. Paulo Bressan e Moacyr Boscardin — Aspectos modernos da cirurgia cardio-vascular.

—, sessão de 31 de janeiro de 1952, ordem do dia: Comemoração do 13.º aniversário da fundação do Sanatório São Lucas, sendo nessa ocasião proferida pelo dr. Alberto Carreón Vergara uma conferência sobre "La mujer peruana en la tradición del Perú".

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 4 de janeiro de 1952, ordem do dia: Sessão solene com o fim de homenagear o dr. José Ayres Netto presidente émerito desta Sociedade e da qual é sócio desde 15 de maio de 1902, por motivo de seu jubileu profissional e pelos serviços que, há 50 anos vem prestando à comunidade paulistana na Santa Casa de Misericórdia. O homenageado foi saudado pelo dr. Edgard Braga.

—, sessão de 18 de janeiro de 1952, ordem do dia: 1.º) carcinoma do esôfago e do cárdia — prof. José Maria de Freitas, drs. Mário Ramos de Oliveira, E. B. Montenegro e H. Lotufo; 2.º) Aspectos da verruga peruana — dr. Alberto Carreón Vergara.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, sessão de 30 de janeiro de 1952, ordem do dia: 1) dr. Eduardo Guastini — Critério sobre distribuição de entorpecentes; dr. Arnaldo Amado Ferreira — Responsabilidade médica. Considerações sobre dois casos.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, sessão de 30 de janeiro de 1952, ordem do dia: prof. Froilano de Melo — Flagelados da termite brasileira — Hetero thermis tenus; Dr. Alberto Carrión Vergara — El clima y los procesos quirurgicos en algunas regiones de Perú.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Biologia, Ano XXXV, n.º 305, setembro-dezembro de 1951. F. Ottensooser e R. Faria — Raro isonticorpo (anti-O) em soro humano; Roberto A. Aun e Edison de Oliveira — Cisto enterógeno do reto; J. Marques de

Castro, Nelson Paladino e Terezinha Bandeira — Hipobromito e Monoxima — III — Uréia no sangue e na urina.

Arquivos de Neuro-psiquiatria, Vol. 9, n.º 4 — dezembro de 1951. Angiomas arteriovenosos do cérebro.

bro — Egas Moniz (Portugal); Préoccupations sexuelles chez les jeunes pubertaires. Intrication des facteurs méso-psychologiques — M. Schachter (França); Epidurites agudas e crônicas. — Tomás Insausti e Raul F. Matera (Argentina); Rehabilitación en neurocirugía. — Esteban D. Rocca e Francisco A. Escardó (Perú); Envelhecimento em seu aspecto conceptual. Projeção clínica da geriatria — Benjamin B. Spota (Argentina); Determinação neurológica do mieloma múltiplo. Enfermidade de Mc Intyre-Kajler-Bozzolo — Benjamin B. Spota, C. A. Tagliabue e Juan R. Ginesta (Argentina); Síndrome de Guillain-Barré-Strokl. Nova observação sobre a forma pseudo-tabidonefálica — Benjamin B. Spota, C. A. Taguiabue e Jorge Alberto Riu (Argentina).

Caderno de Terapêutica, Vol. I n.º, dezembro de 1951. Alergia — J. B. Greco; Cardiologia — Luiz V. Decout; Dermatologia e Sifilografia — Luiz M. Bechelli; Endocrinologia e Nutrição — H. Lourenço de Oliveira; Gastrenterologia — José Fernandes Pontes; Ginecologia e Obstetrícia — Franz Muller; Hematologia — Michel Abu Jamra; Doenças Infecciosas e Tropicais — João Alves Meira; Neuropsiquiatria — Anibal Silveira; Oftalmologia — Paulo B. Magalhães; Otorrinolaringologia — Antônio Corrêa; Tisiologia — Doenças Pulmonares — José Rosemberg; Urologia — E. da Costa Manso.

Maternidade e Infância, Vol. X, ns. 3-4, maio-agosto de 1951. Tratamento das toxemias grávidas — Dr. W. de Souza Rudge; A contração uterina no ciclo grávido puerperal — Dr. Oswaldo Lacreta; Indicência de positividade da reação de Frei em gestantes — Drs. W. de Souza Rudge e Mário Lepolard Antunes; Contribuição para o estudo do emprego da solução salina de gelatina em obstetrícia — Dr. Alberto Raul Martinez; Medicina Psico-so-

mática — Professor Dr. Carlos Prado; O sistema nervoso no câncer estra-cerebral — Docente B. I. Rapoport.

Neurônio, Vol. XII, n.º 4, 4.º trimestre de 1951. Contribuição para o estudo das modificações de regime penitenciário — Paulo de Albuquerque Prado.

Resenha Clínico-Científica, Ano XX, n.º 12, dezembro de 1951. Luz Caprigione e Jayme Rodrigues — Sobre alguns aspectos da fisiopatologia neuro-muscular e muscular — Paralisia periódica e hipertireoidismo; Piero P. Foá — Conhecimentos atuais sobre o diabete; Paride Stefanini — Natureza da ciática (conclusão).

Revista Brasileira de Leprologia, Vol. 19, n.º 3, setembro de 1951. Algumas considerações epidemiológicas em relação ao censo de 1940 e os casos registrados no D. P. L. do Estado de São Paulo — Reynaldo Quagliato; Fenômeno de Sanarelli-Schwartzman — A propósito da lepra de Lúcio — Argemiro Rodrigues de Souza; Sobre a auto-soroterapia sulfonada na lepra — Ddo. José Jucovsky.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XI, n.º 12, dezembro de 1951. Considerações à margem do problema da alimentação de nosso povo (sobre o pretenso enriquecimento de muitos alimentos e o empobrecimento do leite — Dr. F. Pompêo do Amaral; Limitação da instrumentação no diagnóstico da tuberculose urinária — Dr. Augusto Amélio da Motta Pacheco; El síndrome de meiggs en su concepto actual — Prof. M. S. Rodriguez López e Dr. José A. Mautone; Vantagem da narcose pelo protoxido de azoto e sua farmacodinamia — Prof. Orlando Bordallo; Clínica das distorções renais — Prof. Athaide Pereira.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 39, n.º 5, novembro de 1951. Diagnóstico e orientação terapêu-



PROPIONATO DE TESTOSTERONA

- NO HOMEM**—Melhora o metabolismo muscular
Aumenta o tonus psíquico
Estimula os centros gênito-motores.
- NA MULHER**—Neutraliza a hiperfunção ovariana
Combate a congestão mamária.
- NO ADOLESCENTE**—Produz o desenvolvimento sexual,
físico e psíquico.

Caixa com 4 ampolas de 5 mg.
Caixa com 4 ampolas de 10 mg.
Caixa com 2 ampolas de 25 mg.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO ROUSSEL S. A.
RIO DE JANEIRO

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

tica na epilepsia — Prof. Paulino Longo e Drs. Paulo Pinto Pupo e Olavo Pazzanese; Carcinomato-se cutânea múltipla em dois irmãos albinos — Dr. Guilherme V. Curban; Tireoidites agudas — Drs. Ruy Margutti e Hugo Felipozzi; Mitchurinismo e método científico — Dr. Clemente Pereira. Notas prévias — Epidermo e cutirreações positivas na leishmaniose com pó de leptomonas — Dr. A. Rotberg; Registro de casos — Carcinoma primitivo do perineo —

Drs. Luis M. Bechelli e Luis Baptista.

Revista Paulista de Tisiologia, Ano XII, Vol. 12, n.º 4, julho-agosto de 1951. Estado atual da quimioterapia da meningite tuberculosa — Dr. E. Wilhelmi; Controle das sombras pulmonares pelo dispensário — Mozart Tavares de Lima Filho, Mário de Mello Faro, Benedicto da Costa Lima, Henrique Prudente Junqueira Reis e Bruno Quilici.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Jubileu profissional do Dr. José Ayres Neto. — Comemorando o jubileu profissional do Dr. José Ayres Neto, foram-lhe prestadas grandes homenagens na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, bem como na Santa Casa de Misericórdia.

Naquela Sociedade, além da Dra. Carmen Escobar Pires e do Dr. Edgard Braga usou também da palavra, em nome do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, o Dr. Eurico Branco Ribeiro, que proferiu as seguintes palavras:

Exma. Snra. Dra. Carmen Escobar Pires, Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Exmas. autoridades aqui presentes ou representadas.

Exmo. Snr. Dr. José Ayres Neto.

Motivos de ordem pessoal teriam nos imposto o dever de estar aqui concorrendo presurosamente para engrossar, embora com a pequenez da nossa figura, esta verdadeira multidão de amigos e admiradores de José Ayres Neto na ocasião em que se comemora o seu jubileu profissional — se um dever protocolar, impositivo,

porém sumamente agradável de ser exercido, não nos tivesse tirado dentre os que estão contendo a vontade de externar publicamente a sua satisfação para assumir esta tribuna em nome do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Com efeito, foi olhando para a figura empolgante e desinquietada de José Ayres Neto, que demos os primeiros passos em busca da Cirurgia. A nossa vocação para a arte de Ambroise Paré fazia-nos procurar conhecer aqueles que nela já se haviam sobressaído e foi assim que, numa bela manhã, sempre recordada, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, tivemos a oportunidade de assistir pela primeira vez a uma operação cirúrgica, magistralmente executada por Ayres Neto. Já lá se vão mais de vinte e cinco anos e durante esse tempo muitas vezes pudemos testemunhar ao nosso Homenageado o apreço e a admiração que ele nos merece.

Bem se vê que motivos de ordem pessoal nos impunham o dever de comparecer a esta festa. Mas aqui estamos, não individualmente, porém como representante da mais credenciada associação de cirurgiões do país para transmitir a José Ayres Neto a expres-

são da suas cordeais saudações e manifestação do seu mais profundo reconhecimento pelo muito que têm feito em prol da Cirurgia entre nós.

Além dos méritos intrínsecos do homenageado, com tanto acerto e detalhes postos em relêvo pelos oradores de hoje, méritos que por si só justificariam a adesão do Colégio Brasileiro de Cirurgiões a estas festas jubilares que agora se iniciam, existem ainda laços mais íntimos de alta compreensão dos deveres profissionais que atraíram José Ayres Neto para o seio da instituição em cujo nome falamos e que nos impunham o dever desta pública reafirmação do mais elevado apreço. Com efeito, José Ayres Neto foi dos primeiros, em São Paulo, a dar apóio ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões, quando este pensou em instalar aqui o seu primeiro Capítulo Estadual. Atendendo a sua nunca desmentida tendência de trabalhar em favor das associações de classe, colocou-se o Colégio Brasileiro de Cirurgiões como mestre do Capítulo de São Paulo quando realizou a sua primeira eleição de diretoria depois da instalação feita em 1941. Assim, de meados de 1943 a meados de 1945, José Ayres Neto exerceu com carinho a função de presidir os destinos do ramo paulista da organização nacional de cirurgiões. Ele aqui e Oscar Alves no Rio, pela influência de suas personalidades, deram grande impulso a vida social. Para nós particularmente, foi no período da administração de José Ayres Neto

que maior desenvolvimento registrou o Capítulo de São Paulo, pelo ingresso, a seu convite, no quadro social de muitos e destacados elementos da nossa Cirurgia.

A posse de José Ayres Neto como mestre do Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões constituiu acontecimento de alta significação como demonstrativo da atitude elegante, compreensiva e harmoniosa com que se conduzem os mentores da cirurgia em São Paulo, acontecimento que teve por teatro — e aqui a razão sentimental de o recordarmos neste momento, mostrando mais uma vez que muitos são os liames que pessoalmente nos têm aproximado de José Ayres Neto — que teve por teatro o nosso próprio ambiente de trabalho, o Sanatório São Lucas, em cujo salão da biblioteca, em reunião solene e cheia de alegria, o consagrado mestre professor Benedicto Montenegro transmitiu o bastão de mando ao homenageado de hoje.

Assim, tanto no início de nossa carreira de cirurgião, como dentro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a figura de José Ayres Neto se projeta em nossas recordações de u'a maneira viva e indelével. E', pois, com satisfação muito grande que nos desempenhamos da agradável incumbência de apresentar-lhe agora as saudações dos cirurgiões do Brasil!"

O dr. Ayres Neto falou depois agradecendo a todas as homenagens recebidas.

Faculdade de Medicina

Posse do prof. João Alves Meira. — Realizou-se em dezembro último na Faculdade de Medicina, a posse do novo catedrático de Clínica de Moléstias Tropicais e Infectuosas, prof. João Alves Meira, que obteve o primeiro lugar no respectivo curso.

Compareceram ao ato membros da congregação da Faculdade, assistentes, alunos e numerosas outras pessoas. A mesa que dirigiu os trabalhos foi presidida pelo prof. Ernesto Leme reitor da Universidade de São Paulo, tomando assento também os professores

Jaime Arcoverde de Albuquerque Cavalcanti, diretor da Faculdade, Luís V. Decout e Celestino Bourroul e o secretário, dr. Domingos Goulart de Faria.

Aberta a sessão, foram designados os professores Raul Briquet e João Alves de Aguiar Pupo para introduzir no recinto o prof. João Alves Meira.

Procedeu-se, então, à leitura do ato de nomeação do novo professor, tendo o mesmo, depois de prestar juramento, tomado posse da cátedra.

Em nome da congregação, saudou o novo catedrático o prof. Luís V. Decourt que proferiu o seguinte discurso:

Esta cerimônia de posse, que é sempre uma hora solene, torna-se, hoje, para mim, uma festa de amizade e de recordação. Por uma das raras e felizes singularidades do destino, cabe-me acolher, em nome da Faculdade, o filho de Rubião Meira.

Formei-me em uma Enfermaria onde a figura de Rubião era respeitada como um símbolo e amada como um guia paternal. Nela ingressei estudante e apenas a dei xeí ao conquistar a cátedra. Sinto-me, pois, à vontade para recordá-la neste momento: a velha 2.^a Medicina de Homens da Santa Casa de Misericórdia, setor privilegiado do aprendizado médico, ambiente de trabalho intenso, de estudos, de pesquisas, mas sobretudo amigo, sobre o qual pairava a imensa bondade do professor.

A influência que este exerceu, criando juntamente com Lemos Torres o seu modelar serviço, continua presente, no tempo, pela atividade de seus discípulos. E a sua extensão é medida pelos postos que estes atingiram nas duas escolas médicas de S. Paulo, onde praticamente lotam as cadeiras das clínicas e ocupam grande parte das docências livres.

Não sei de magistério mais fecundo que este que deixa, ao passar, um conjunto de cátedras como vestígio de sua existência.

Nem de resultado que mais testemunhe a ação de um professor. Mas esta foi também a de um amigo. Posso assegurá-lo, sem ressalvas, porque a senti como aluno, como interno, como assistente, como docente.

Coração generoso de franciscano, sempre pronto a dar e esquecido de receber, nunca pedindo o que podia reter, mas somente o que podia distribuir, foi Rubião Meira um perdulário nas dádivas e nos favores. Foi este espírito, pela sua bondade, pela sua tolerância, pelo seu interesse, que permitiu a fecundidade da 2.^a Medicina de Homens e eu o invoco neste momento com a gratidão de um discípulo que tanto lhe deveu.

Professor João Alves Meira:

Eu não podia, não devia — bem o sabeis — falar de vós, sem ter falado antes de vosso Pai.

Por isso, creio que calculas a emoção com que vos recebo hoje.

Senhor Professor:

Diplomado em fins de 1927, defendestes tese de doutoramento em abril do ano seguinte, conseguindo a láurea de grande distinção. Logo em outubro de 1928 já vos encontramos como assistente de Clínica Médica, cargo que ireis abandonar em 1931 para ingressar, em regime de tempo integral, no Departamento de Parasitologia.

Depois, uma longe e proveitosa experiência como médico de Departamento de Educação do Estado, Médico Sanitarista de Seção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais do Departamento de Saúde do Estado, assistente de Clínica do então Instituto de Higiene de nossa Universidade, organizador e Diretor do Hospital Evandro Chagas em Belém, assistente na 3.^a Clínica Médica desta Faculdade. E, como postos universitários de categoria, uma cátedra na Faculdade de Higiene e a docência da cadeira que ora ocupais.

Sente-se, assim, através de vosso curriculum a marcha segura com que viestes à Cátedra. Em cada degrau de vossa ascensão, pro-

No tratamento dos estados depressivos

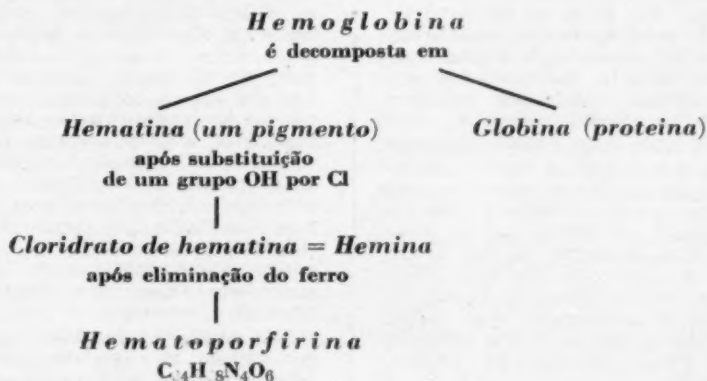
PHOTODYN

HEMATOPORFIRINA NORDMARK

DEPRESSÃO, MELANCOLICA ENDÓGENA,
FOTOSENSIBILIZANTE, VAGOTÔNICO, VITILIGO.

Propriedades Bioquímicas

A hematoporfirina, pó de cor violeta escuro, é extraída do sangue desfibrinado de cavalo, segundo o processo de NENCKI. É um dos pigmentos do núcleo da hemoglobina, sendo um derivado da hematina isenta de proteína e de ferro. A derivação de hematoporfirina-Nencki do sangue mostra o seguinte gráfico:



Emprego

A Hematoporfirina "Nencki" emprega-se em terapêutica, sob a forma de cloridrato, em solução de 5‰ para uso oral e a 2‰ para uso parenteral, sendo registrada sob o nome de Photodyn. Um cm³ da solução injetável contém 2 mg e 1 cm³ da solução para uso oral, 5 mg do cloridrato de hematoporfirina "Nencki".

curastes todos os conhecimentos auxiliares necessários à firmeza da posição no lance superior para o qual caminháveis. Agora, quando chegais ao cimo, trazeis a solidez do que foi construído com a preparação cuidadosa para que não se encontrassem frestas ou pontos fracos.

Os amplos conhecimentos de parasitologia, de propedêutica física e instrumental, de patologia interna, hauridos no período de docência no Departamento de Parasitologia, nos longos estágios no estrangeiro e na frequência ativa e ininterrupta nas enfermarias de clínica médica, garantem essa solidez.

Caracteriza-se, desta forma, a carreira por uma formação exemplar para a docência universitária: aquela que dá ao professor a visão de um corte vertical de disciplina que leciona, desde a base até às aplicações práticas.

No vosso concurso bem evidenciastes a amplitude da vossa cultura. Em todas as provas o estado atual de nossos conhecimentos foi exposto com clareza, com autoridade e principalmente com o espírito crítico que revela o amadurecimento intelectual.

A vossa tese é um exemplo feliz dos magníficos frutos que podem nascer do contacto íntimo com determinado problema. Não o contacto de rotina, que se limita a observar todos os dias o que já foi observado nos dias passados, mas a intimidade fecunda do espírito investigador que sempre alonga os limites de seu horizonte, na busca incessante do conhecimento.

Precisando o caráter cirrótico das alterações hepáticas na esquistossomose mansônica destes uma base lógica e ampla para o etiopatogênico dos processos. Da mesma forma, são de alto interesse os resultados sobre a possibilidade de esplenomegalias não ligadas a perturbações primitivas do sistema venoso. Fornecesteis, assim, uma sólida cabeça de ponte para o avanço sobre um terri-

trio fascinante, mas ainda nebuloso e pouco conhecido. Chegastes a ele, com alguma surpresa mesmo de vossa parte, pela manobra habitual do espírito liberto do preconceito, na análise desapassionada do material acumulado. Esta sinceridade diante dos fatos, esta capacidade de enxergar o que é, e não o que é dito que é, representa o atributo dos pesquisadores que evoluí.

Em uma Universidade atual, não basta a docência útil e atualizada. Esta é sem dúvida fundamental; a própria finalidade, mesmo, de uma escola médica, mas não é, não pode ser tudo.

Muito se tem discutido sobre a primazia do ensino ou da pesquisa na orientação das Faculdades. Creio, entretanto, que os extremados, os que opõem as duas diretrizes, pouco têm compreendido quer de uma, quer de outra.

É evidente que não se deve confundir o ensino com a pesquisa e erra profundamente o professor que eleve uma em detrimento do outro. Fornecer ao aluno minúcias de técnica, pormenores sem aplicação e deixá-lo em carência dos fundamentos essenciais do diagnóstico e da terapêutica, será um absurdo inominável aberrando do próprio caráter de uma escola médica. Esta é constituída para médicos e não cientistas e deve atender à sua finalidade. E, porém, absolutamente certo, que além dessa missão deve também procurar a verdade.

Pela elite que representa o corpo docente de uma Faculdade, pelas condições nela encontradas e favoráveis à pesquisa, cabe-lhe o dever da investigação.

E não se diga que esta orientação é prejudicial ao ensino. Eis, ao contrário, é necessária à própria fecundidade do magistério pelo estímulo que representa aos jovens que começam a aprender. Não conheço ensino mais proveitoso que aquele que, em lugar de somente apontar as incógnitas, evidencia, também, os métodos

para a sua solução e após as iniciativas, mesmo tímidas, nesse sentido.

Não podemos relegar às Universidades apenas o ensino da ciência feita e deixar aos outros Institutos a tarefa de se tornarem os instrumentos de criação científica. Esta situação traria a estagnação e a morte.

Já estamos, felizmente, longe delas. Desde que, no primeiro decênio do século XIX, Alexandre de Humboldt impeliu para esse rumo a recém-fundada Universidade de Berlim, esta representou o exemplo a ser seguido, na sua dupla função de escola de ensino e de institutos de pesquisa.

E' minha profunda convicção que neste sentido devemos orientar nossa Faculdade. E eu vejo em vós, senhor professor, um colaborador eficiente nessa tarefa. Esta diretriz já está presente e reconhecível, aliás, na vossa bagagem científica que, acompanhando uma orientação médica bem nítida, abrange sucessivamente a clínica médica, a parasitologia pura e aplicada e finalmente a medicina tropical.

Pelo exame de vossos trabalhos, desde a magnífica tese de doutoramento sobre o Nefrose lipoide, verifica-se a tendência para a investigação biológica ou clinica. Assim, as pesquisas sobre os helmintos e as pulgas dos ratos de S. Paulo, as buscas sobre a eosinofilia sanguínea, sobre a isosporose humana, sobre a sarcoidose de Boeck e, principalmente, sobre múltiplos e importantes aspectos da própria esquistosomose mansônica.

Fugistes ao hábito, infelizmente ainda comum entre nós, de limitar as publicações científicas apenas ao registro de casos interessantes ou raros. Não que seja condenável esse registro. Muito pelo contrário, tais exemplos ilustram e educam e, por isso, devem sair à luz. Lamentável é, porém, que se fique apenas limitado a eles.

O currículo de um professor não deve ser apenas um arquivo

de fichas interessantes, mas algo mais do que isto, uma tentativa constante no sentido de alargar o que conhecemos.

Tem sido afirmado — e repetido por espíritos superficiais — que a tendência à busca, à pesquisa, afasta o médico do doente, separando-o, pois, do que deveria ser o seu principal objetivo. Não vejo como possa ser mantida essa assertiva. Toda a descoberta em medicina deve, em última análise, beneficiar os enfermos, pois aumenta a nossa compreensão e pode nos fornecer novas armas. Muitas delas, como é evidente, não trarão corolários imediatos. Quando isto for possível, estaremos diante da solução ideal, desde que a medicina é uma ciência aplicada. Mas essas consequências objetivas precoces não são obrigatórias.

E' seguramente um índice de pequena compreensão a exigência de uma aplicação prática, imediata, no resultado de uma investigação qualquer.

A história dos instrumentos com que conta a humanidade e em particular os destes últimos cem anos, está cheia de conquistas práticas que se originaram em pontos de partida muito remotos.

Lembro apenas um exemplo, muito evidente, dentre tantos que poderia acumular.

No primeiro quartel do século passado, Cauchy, matemático francês, publica os seus primeiros ensaios sobre as variáveis imaginárias, tão criticados inicialmente por serem baseados na raiz de -1 ($\sqrt{-1}$) de sentido nulo, desde que uma quantidade negativa não tem raiz quadrada. Material altamente abstrato, que consequências práticas poderia trazer?

Quase 50 anos depois, porém, Maxwell na Inglaterra, com a interpretação da difração e da interferência luminosas, baseada nos trabalhos de Cauchy, levanta a sua famosa aplicação da identidade

de na transmissão de electricidade, de luz e do calor. Ainda, então, somente um cálculo teórico.

Cerca de 15 anos após, entretanto, Hertz, na Alemanha, comprova da propagação periódica de Maxwell e já consegue vibrações elétricas intensas que se propagam como ondas eletromagnéticas, com a mesma velocidade e sob a mesmas leis que a luz.

Branly, na França, físico e médico, amplia esses estudos que levam definitivamente à descoberta da telegrafia sem fios. Finalmente, no fim do século, Marconi, um italiano, fornece objetivamente toda a aplicação do método, cujos enormes resultados práticos seria infantil encarecer.

Que grande caminho, pois, percorrido desde Cauchy; quantas teorias discutidas em tantos países, para que se atingisse uma aplicação de tal magnitude!

Na vossa carreira, porém, destes exemplos continuos do interesse pelos doentes. Atendendo ao setor da investigação não vos afastastes da clínica. O vosso raciocínio, seguro diante da multidão dos fatos, surgiu claramente em ambas as partes de difícil prova prática, quer encaminhando o diagnóstico perante o enfermo selecionado, quer interpretando os diferentes resultados dos exames fornecidos.

As vossas pesquisas francesas, mesmo, conclusões de grande interesse prático, assim, o estudo da medula óssea, da reação de Henry e de biópsia retal na esquistossomose mansônica, as considerações sobre a terapêutica do tétano, sobre a febre canicola no homem sobre a sarcoidose, e tantos outros.

Em todos os vossos trabalhos encontramos um clínico evoluído que fará de seus doentes não apenas o objeto das aulas, mas também o material a ser estudado para o benefício de todos.

E' a orientação imposta pela medicina atual.

Senhor Professor:

Diante do vosso passado e de vosso concurso, a Faculdade experimenta uma sensação de tranquilidade quanto ao espirito que dirigirá a cátedra.

E sabe que, prevenido para ela um futuro rico de conquistas, não está fazendo uma afirmação arriscada, mas reconhecendo uma situação que os fatos devem confirmar.

Discurso proferido pelo Prof. J. Alves Meira, na sessão de posse na Cátedra de Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo:

Exmo. Snr. Prof. Dr. Ernesto de Moraes Leme,

Magnifico Reitor da Universidade de São Paulo,

DD. Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Exmos. Snrs. Professores

Meus Senhores — Minhas Senhoras.

Ao ser investido nas elevadas funções de professor de Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, vejo concretizada a magna aspiração de minha vida e esplendidamente coroados os esforços que desde longos anos dediquei à conquista de tão privilegiada posição na carreira universitária.

Sinto-me porisso justamente envaidecido e confiante com o prêmio que me foi conferido, seguro de que tudo farei para enaltecer e honrar as tradições do ensino médico de minha terra natal.

A escola que Arnaldo Vieira de Carvalho ergueu recebe no seio de sua Colenda Congregação, pela primeira vez, após 8 lustros de sua existência, um filho de um de seus antigos professores, cabendo-me essa honra insigne.

E' pois justificável que, neste jubiloso momento para mim, eu

evoque, em sentida recordação, a imagem inolvidável de meu querido Pai, meu mestre e seguro guia, a quem devo minha formação e a quem de direito pertencem os louros da vitória alcançada. Realmente, uma cátedra na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ideal que sempre almejei, foi o sonho que em toda a sua vida meu pai desejou ver transformado em realidade mas que o destino cruel não consentiu que ele presenciasse.

Permiti pois, meus caros mestres e ilustres colegas, que com os olhos turvados por lágrimas sentidas e com o coração oprimido e cheio de imorredoura saudade, eu lhe renda agora, em um preito de amor filial, a homenagem de gratidão que ele merece e que, com toda a ternura eu lhe dedico.

Permiti mais, que esta solenidade em que figuro como alvo das manifestações do vosso carinho, e que recebo como testemunho do vosso aprêço para com o novel membro de vossa augusta corporação, e na qual os votos fidalgos e amistosos de boas vindas ainda ressoam agradavelmente em minha sensibilidade, eu a transfira, em memória de meu pai, para a consagração de sua existência exemplar e sua personalidade inesquecível.

Ao ocupar agora um lugar na douta Congregação desta Faculdade, que Rubião Meira tanto dignificou, eu tenho a ilusória sensação de que ele não desapareceu, pois não desaparece quem fica na lembrança dos outros.

Meu pai, eu me ufano em o declarar, foi um homem admirável. A influência de sua personalidade privilegiada, à integridade de seu caráter, à robustez de sua cultura, ao desvelo de seu carinho de pai extremo e aos exemplos de tenacidade, amor ao trabalho e desprendimento, devo a minha formação e a orientação de minha vida profissional.

Preservar, qual precioso tesouro, o legado de seu nome honrado e respeitado, seguir os conselhos e sábios ensinamentos, imitar seus

gestos e atitudes, tem sido a máxima preocupação de minha existência e a força que me tem conduzido, sem desfalecimentos, até aqui.

E' pois com justificado júbilo, e porque não dizer, com orgulho, que, ao vencer mais uma etapa na carreira que abracei, eu sinto a satisfação íntima de não ter desmerecido a confiança que em mim meu pai sempre depositou e de ter correspondido aos altos desígnios que ele traçou e para os quais tudo fez para um dia eu alcançar.



Prof. J. Alves Meira

Este é o galardão que recebo e a verdadeira significação que em presto ao honroso posto que venho de atingir no magistério médico.

Nesta hora, de tão grande relevância para mim, não posso deixar de dirigir, uma palavra de reconhecimento e de comovida saudade à memória de um amigo querido e voso pranteado companheiro, Professor Doutor Geraldo Horácio de Paula Souza.

As inequívocas provas de amizade com que ele sempre me distinguiu, e que conservo entre as mais caras recordações, e as cons-

tantes demonstrações de interesse que sempre devotou aos meus anseios de progresso na carreira científica e no ensino, constituem para mim razão suficiente para o tornar credor do meu profundo respeito, e justificado motivo para testemunhar-lhe hoje os meus sentimentos de gratidão.

Chamando-me, em 1938, para integrar o quadro de seus dedicados colaboradores no antigo Instituto de Higiene, proporcionou-me daí por diante o Prof. Paula Souza todas as oportunidades para que eu desse desenvolvimento aos meus projetos de estudos e robustecesse os planos que delineara para levar diante as minhas aspirações. Foi assim, sob suas vistas amigas e por suas bondosas mãos que consegui naquela Casa que ele criou e tanto amou, galgar pouco a pouco, a posição que ali hoje desfruto e da qual tanto me honro.

Foi em 1945, quando o antigo Instituto de Higiene transformou-se na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que vi, com a satisfação própria daqueles que vêm premiado os seus esforços e reconhecidos pelo exato cumprimento dos seus deveres, a indicação de meu nome para ocupar a cátedra de Diagnóstico das Doenças Transmissíveis. Foi na Faculdade de Higiene e Saúde Pública, ainda ontem um sonho de seus idealizadores, os sempre lembrados Professores Paula Souza e Borges Vieira, e hoje um legítimo florão de glória da Universidade de São Paulo, que encontrei, num ambiente de acendrado amor ao trabalho, num campo fértil para o exercício de meus naturais pendores, os meios de revigorar os meus conhecimentos e de me aprestar e aperfeiçoar nas lides da docência. Foi na Faculdade de Higiene e Saúde Pública, naquela grande e harmoniosa família, como sempre a denominou o Professor Paula Souza, onde cada colega é um amigo sincero e onde todos trabalham unidos pela mesma fé de inquebrantável idea-

lismo em prol dos créditos da instituição, que a convivência destes longos anos permitiu-me alicerçar e levar de vencida os propósitos que me iam n'alma e que agora pela sua concretização em reverberos de intensa alegria inundam todo o meu ser. Rendo, pois, minha singela homenagem a Paula Souza e o meu tributo de gratidão aos meus caríssimos colegas e amigos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, pela participação muito preponderante que representaram na consecução de meu grande ideal.

Ao referir-me àqueles que muito contribuíram para o sucesso que hoje comemoro, num preito de justiça quiz reverenciar a memória de dois mortos queridos e o fiz com profunda máguia por não participarem do meu júbilo deste momento festivo.

Presente em meu coração, fazedo jús a idênticos sentimentos de reconhecimentos e afeição, mas graças a Deus, presente também nesta augusta sala, reconfortando-me com a sua nunca negada e sempre leal assistência, encontra-se o meu velho e querido amigo, meu venerado mestre, Prof. Samuel B. Pessoa, cujo nome pronuncio com respeito e a admiração que lhe consagro.

Foi decisiva a influência que o Prof. Pessoa exerceu na minha vida científica e na minha carreira universitária. Atraindo-se para o Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina, em 1931, e ali conservando-me como seu primeiro assistente em regime de tempo integral, e mais tarde como assistente adjunto, afastando-me temporariamente do exercício da clínica, foi o Prof. Samuel B. Pessoa quem me ensinou os métodos de estudo e da pesquisa científica no campo da parasitologia médica, e despertou em mim o sabor pela patologia tropical aliando ao meu natural pendor pela medicina interna os princípios básicos da ciência em que ele, como mestre consumado, com tanto zelo e amor cultivava e difundia.

BEGLUCIL

VITAMINA B1 - GLICOSE - VITAMINA C

Ampolas de 10 e 20 cm³

Fórmula e processo de fabricação patenteados sob n.º 29.269

NORMAL

Cada 10 cm³ contem:

Vitamina B1 0,005 g: 1.650 U.I.
Vitamina C 0,05 g: 1.000 U.I.
Cloridrato de cisteína 0,01 g
Glicose a 50%

FORTE

Cada 10 cm³ contem:

Vitamina B1 0,0125 g: 4.125 U.I.
Vitamina C 0,25 g: 5.000 U.I.
Cloridrato de cisteína 0,01 g
Glicose a 50%

25%

Cada 10 cm³ contem:

Vitamina B1 0,0125 g: 4.125 U.I.
Vitamina C 0,25 g: 5.000 U.I.
Cloridrato de cisteína 0,01 g:
Glicose a 25%

Feliz associação das Vitaminas B1 e C ao soluto de glicose a 50% e 25%. Soluto estabilizado por processo científico, que mantém todas as propriedades das vitaminas, sem perigo de intolerância ou choque. pH fixo. Conservação indefinida.

INDICAÇÕES — Úlcera gastro-duodenal. Polinevrites. Dores anginosas. Herpes. Doenças infecciosas. Afecções pulmonares. Perturbações do metabolismo dos hidratos de carbono e das gorduras e suas consequências. Gripe. Pneumonia.

MODO DE USAR — 1 injeção diária, intravenosa.

APRESENTAÇÃO — Caixa com $\left\{ \begin{array}{l} 5 \text{ ampolas de } 10 \text{ cm}^3 \\ 5 \text{ ampolas de } 20 \text{ cm}^3 \end{array} \right.$

Hospitalares com 25 e 50 ampolas



LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Conde do Pinhal, 52 — Rua Tamandaré, 553

SAO PAULO — BRASIL

DEPÓSITOS: $\left\{ \begin{array}{l} \text{Rio de Janeiro} \\ \text{Porto Alegre} \\ \text{Belo Horizonte} \end{array} \right.$

REPRESENTANTES NOS DEMAIS ESTADOS

Consultores científicos:

Prof. Dr. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO e Prof. Dr. GENESIO PACHECO

Voltando eu para a clínica, em 1935, ainda sob a inspiração do mestre, continuaram os ensinamentos que me transmitira, a inquirir sobre o meu espírito, norteados definitivamente as minhas preferências para os estudos e investigações inerentes à patologia tropical e infectuosa.

Desempenhou, dessa forma, o Prof. Samuel B. Pessôa, na trajetória e destino de minhas atividades didáticas, científicas e universitárias, um papel de enorme relevância e a sua influência, sem dúvida, para minha felicidade, devo, em grande parte, os momentos de satisfação intelectual que agora me confortam.

Aproveito a oportunidade que se me oferece para de público render uma homenagem ao estimado mestre ressaltando as suas invulgares qualidades de professor, a sua infatigável operosidade científica e o seu ardente entusiasmo pelo ensino e pela ciência.

Deve-se com efeito ao Prof. Barnsley Pessôa, indiscutivelmente um dos grandes valores da nossa Faculdade de Medicina uma grande soma de fecundas realizações científicas.

Passando em largos traços sobre a profícua atividade desenvolvida pelo Prof. Samuel B. Pessôa à frente da Cadeira de Parasitologia, é-me grato assinalar, como mais marcantes alguns fatos, bastantes para lhe assegurar o respeito e a admiração dos seus discípulos.

Quero me referir muito especialmente à sua magistral "Parasitologia Médica" já em 3.ª edição, onde se refletem na singeleza da linguagem e no rigor e cuidado da exposição científica os altos méritos do ensino por ele ministrado nesta Casa e a sua elevada cultura. Quero mencionar ainda o seu magnífico livro "Problemas brasileiros de Higiene Rural" em cujas páginas vibram unissonamente seu idealismo de pesquisador honesto e a pureza dos seus patrióticos sentimentos, clamando por melhores condições sanitárias para as nossas popula-

ções rurais ainda delas infelizmente desprotegidas.

Desejo também aludir às centenas de publicações científicas que isoladamente ou de parceria com seus dedicados colaboradores tem dado à lume destacando entre todas a monografia "Leishmaniose Tegumentar Americana", obra de fôlego que escreveu com Mauro Pereira Barreto e representa notável contribuição à literatura desta protozoose.

Orientando trabalhos científicos, teses de doutoramento e de docência, formando especialistas, abrindo os seus laboratórios a todos que os procuram na ânsia de aprender os rudimentos da parasitologia ou aprimorar os conhecimentos já adquiridos, levando aos mais distantes pontos do País, a sua palavra de estímulo, semendo por onde passa suas lições e o cabedal de sua vasta experiência, pesquisando, estudando e ensinando incessantemente, revelou-se o Prof. Samuel Barnsley Pessôa, o mestre exemplar, a quem, para glória sua, deve a ciência parasitológica brasileira a constituição de uma verdadeira escola cujos representantes são lídimas expressões do valor e da pujança dos seus talentos.

Ainda que dos mais modestos de seus discípulos e antigo colaborador, o que considero uma grande honra, desejo, senhores professores, fique testemunhado neste solene compromisso que agora assumo, como especial homenagem a este digno expoente de vossa cultura e de vossa ciência o meu sincero reconhecimento e a profunda admiração que lhe tributo.

Meu caro Prof. Luiz V. Decourt:
Trouxeste-me os votos de boas vindas da Congregação da Faculdade de Medicina da qual sois lílimo e conspícuo representante e vossa oração repassada de amizade e da fraternal afeição que nos une, confortou-me pelo que ela encerra de sinceridade e comoveu-me pelo sabor da fidalguia de suas expressões. Escolhendo-

**VITAMINA
C**

Canfana



vos para a representar nesta investidura a douta Congregação da Faculdade de Medicina ensaje-me uma vez ainda a oportunidade para recordar a figura de meu Pai e para dizer-vos do quanto ele vos estimou e do grande aprêço em que tinha os vossos dotes de inteligência e de caráter e a vossa decidida vocação professoral.

Não vêde nessas minhas palavras o elogio forçado de quem numa fórmula convencional vos deseja ser agradável, mas o testemunho fiel de quem muitas vezes as ouviu e conservou-as na justeza de seus conceitos.

Foi na 3.ª Clínica Médica, então instalada na 2.ª enfermaria de Homens, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que desde estudante frequentastes, que vos conheci e, por minha vez, numa convivência de longos e afanosos anos, pude apreciar as vossas virtudes de profissional e admirar as qualidades que enaltecem vossa personalidade.

Foi ali, que assisti o desenvolver de vossa magnífica carreira e firmar-se o merecido renome que alcançastes. Foi na intimidade que desde então se seguiu que se estreitaram os laços de franca e leal camaradagem que nos ligam e que para mim tanto significam. Ao agradecer-vos Prof. Decourt e a Congregação da Faculdade de Medicina os votos de que fostes interprete quero deixar aqui consignados os meus respeitos e a minha comovida gratidão.

Sucedo na cátedra de Clínica das Doenças Tropicais e Infectuosas desta Faculdade ao emérito Professor Celestino Bourroul que dela se afastou por imperativos das disposições legais.

Durante 38 anos, com todo o seu entusiasmo e carinho dedicou o Professor Celestino Bourroul a esta Casa a maior colaboração e os melhores dotes de sua inteligência; sua preciosa existência está de tal forma ligada à vida da Faculdade de Medicina que é impossível esquecer, na história desta instituição, o que lhe é devido como grande obreiro que foi

de sua atual grandeza. Por sua destacada atuação no ensino e por sua profícua participação no destino da Faculdade de Medicina, tantas vezes a ele confiado, mereceu o Prof. Celestino Bourroul a admiração dos seus discípulos e os louvores de seus pares.

Coube ao Professor Celestino Bourroul, então substituto de Física Médica e História Natural Médica no dia imediato ao da instalação dos Cursos da Faculdade de Medicina, isto é, precisamente em 3 de abril de 1913, na Escola de Comércio Álvares Penteado, iniciar o curso de História Natural Médica.

A partir de 5 de agosto de 1914, com o regresso do Prof. Emile Brumpt para o seu país, em virtude da conflagração européia, e até então professor contratado de História Natural Médica, assumiu o Prof. Celestino Bourroul a regência da cátedra para a qual em 1915 fôra nomeado lente catedrático. Nesta cátedra conservou-se o Prof. Celestino Bourroul até 31 de dezembro de 1925 desde que por decreto de 16 de julho de 1925 foi nomeado catedrático de Medicina Tropical, cadeira recém-criada pela reforma por que passou a Faculdade na administração do saudoso Prof. Pedro Dias da Silva, em 11 de julho de 1925.

Coube assim outra vez ao Prof. Celestino Bourroul iniciar em 1926 um novo curso na Faculdade de Medicina, o de Clínica das Doenças Tropicais e Infectuosas a cuja frente se manteve até dezembro de 1950 e do qual se afastou por força do decreto que o aposentou num reconhecido preito de homenagem a sua longa vida de laboriosa e profícua dedicação ao magistério.

O que foram estes 38 anos de continua atividade em prol do nosso ensino médico está na memória de todos aqueles que acompanharam de perto a vida e as cousas de nossa Faculdade.

Ao assumir a cátedra que o Prof. Celestino Bourroul tanto honrou eu o faço temeroso das enormes responsabilidades que me ca-

Restrições 2 Níveis



PULMOCERISINA

ADULTO - INFANTIL

Pulmocrisina

Injetavel

A PULMOCRISINA - Injetável — é a associação da Quinina básica ao Gomenol, à Cânfora, à Colesterina e ao Cinamato de Benzila em Óleos Essenciais, constituindo, assim, pela especialidade peculiar a cada uma destas substâncias, um preparado de uso obrigatório nas afecções do aparelho tráqueo-brônquico.

POSOLOGIA

Uma a três injeções diárias como tratamento abortivo da gripe.

Para outras afecções pulmonares, podem ser dadas uma ou duas injeções por dia, salvo outra indicação médica.

As injeções devem ser intramusculares.

	Adulto	Infantil
Hidr. quinina	0,10	0,050
Gomenol	0,15	0,075
Cin. benzila	0,03	0,015
Cânfora	0,15	0,075
Colesterina	0,05	0,025
Veículo oleoso	3 cm3	1,5 cm3

INFANTIL :

Lic. no S.N.F.M. sob n. 135/40

Alínea XIII - Caixa com
6 amps. de 1,5 cm3

ADULTO :

Lic. no S.N.F.M. sob n. 136/40

Alínea XIII - Caixa com
6 amps. de 3 cm3



Laboratorio Sanitas do Brasil, S. A.

AV. LINS DE VASCONCELOS, 3420

TELEFONES: 70-2184 • 70-1262

SÃO PAULO — BRASIL

bem, tendo bem presentes em meu espírito os exemplos que em sua brilhante trajetória, ele deixou por suas qualidades de sabedoria, coração, fé inquebrantável, amor ao trabalho e perseverante retidão.

Com o advento dos modernos agentes quimioterapêuticos, com a conquista dos atuais antibióticos, com as perspectivas de novas descobertas neste terreno, e com o desenvolvimento de potentes substâncias lesivas em elevado grau para os vectores das doenças transmissíveis ao homem por artropodos, um julgamento errôneo e apressado tende a admitir como sendo diminuta hodiernamente a importância do estudo das doenças parasitárias e infectuosas. Para refutar tão infundada apreciação, que subestima a valia da disciplina cujo ensino d'ora avante recai sob nossa responsabilidade no currículo desta Faculdade, e para contraditar tão superficial opinião, não serão necessárias senão algumas breves considerações. Com efeito, apesar dos progressos alcançados, quer na terapêutica quer na profilaxia das doenças parasitárias e infectuosas, muitos problemas ainda persistem desafiando a argúcia dos investigadores e reclamando a constante preocupação dos estudiosos. Ai estão por exemplo as doenças a virus, cujo estudo cheio de dificuldades, exige ainda o interesse dos cientistas para desvendar-lhes as incertezas e incógnitas que as envolvem.

Ai estão, resistindo as inventivas do nosso tempo, inúmeras parasitoses e algumas infecções bacterianas.

Mas há um aspecto da questão que interessa particularmente aqueles que se iniciam no estudo da clinica das doenças tropicais e infectuosas e que diz respeito ao diagnóstico. Efetivamente, o diagnóstico das doenças infectuosas deve ser o fruto de um perfeito conhecimento dessa importante parte da patologia, o resultado de um cuidadoso e completo exame clinico dos doentes,

orientado e confirmado pelas provas laboratoriais adequadas e não a consequência do emprego indiscriminado, associado ou sucessivo, da terapêutica anti-infecciosa, específica ou multipotente.

O diagnóstico das doenças infecciosas e transmissíveis à custa do sefeitos terapêuticos, tendência que pode parecer aos iniciados atraentes e vantajosa, é na realidade enganadora e anti-científica.

Atente-se para o fato de que a anti-biotocoterapia se de um lado representou uma enorme conquista e marcou um decisivo progresso na terapêutica das infecções, delatando um sem número de causas letais para o homem e abrindo as perspectivas de curas para condições consideradas até então como irremediavelmente fatais, de outro lado, e isto é evidente, não trouxe soluções imprevistas para a obra do diagnóstico dos processos infecciosos.

Nenhuma rigorosa conclusão, ralmente, pode ser obtida do ponto de vista da exatidão diagnóstica pelo efeito, ainda que por vèzes espetacular, de medidas exclusivamente terapêuticas.

Considere-se, além disso, que o emprêgo em grande escala dos modernos antibióticos não deixou de originar algumas importantes questões práticas como sejam o crescente interesse pelas moléstias não bacterianas, sobretudo das causadas por virus, cujo conhecimento se avoluma a cada dia, e o papel patogênico de microorganismos até então julgados como agentes de infecção secundária ou germes de associação cuja ação morbigena passou então a ser objeto da atenção dos clinicos e pesquisadores. Estes simples enunciados bastam portanto para desfazer tão prejudicial conceito, que pretende reduzir o valor do ensino e do estudo particularizado das doenças infectuosas e parasitárias, que se tornam, ao contrário, dignas de ser cuidadas com maior empenho.

A circunstância de contar hoje a medicina com poderosas armas terapêuticas para jugular a maior

parte das infecções, não significa que já se tenha conseguido o seu completo domínio; em verdade, o que se verifica, sem falar nas moléstias parasitárias e infecciosas que ainda resistem e desafiam os progressos alcançados, é o aparecimento de novas entidades, a demandar o estudo perseverante e a exigir uma constante preocupação dos que se dedicam a ciência médica.

Há muito que ensinar e muito que aprender na disciplina em cuja cátedra venho de ser investido nesta Faculdade, desde que só após um longo aprendizado é que o médico adquire os meios necessários e a orientação segura para o exato reconhecimento das moléstias infectuosas e parasitárias, pedra de toque, que é o ponto de partida para as medidas de ordem terapêutica, de prevenção ou proteção individual e de controle ou de profilaxia em benefício da comunidade.

Pelas suas estreitas ligações com a parasitologia, com a bacteriologia e imunologia, com a virologia, com a anatomia patológica, com a higiene, com a terapêutica, com a clínica e a patologia, da qual não é senão um departamento altamente especializado, a Clínica das Doenças Tropicais e Infectuosas assume no currículo médico, dada a sua amplitude, máxima em nosso país, ínvulgar importância e deve merecer o prestígio de professores e alunos para o fiel cumprimento de suas elevadas finalidades.

O fato de se dedicar a Cadeira de Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas ao estudo tanto de moléstias de incidência regional e preponderantes no nosso país, como as exóticas, justifica-se plenamente pela necessidade de se fornecer ao estudante não apenas um completo conhecimento das disciplinas que compõem o curso médico como uma visão uniforme do seu conjunto graças a qual as noções transmitidas permitirão fixar no espírito de quem aprende os fundamentos básicos e as relações que mantém entre si uni-

dos os diversos elementos esparsos na seriação dos programas e das matérias discutidas no decorrer do aprendizado.

E não é só; embora a utilidade prática imediata dos ensinamentos assim compreendidos possa à primeira vista, parecer duvidosa, a verdade é que é durante o curso acadêmico que se oferece a oportunidade, muitas vezes única, para que o aluno tenha diante de si o conhecimento da existência de muitos assuntos que poderão mais tarde servir-lhe de esteio para mais aprofundadas meditações e diretas aplicações.

No que tange à Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas é evidente que o ensino não deve ser unilateral pelo estudo exclusivo das moléstias parasitárias e infectuosas de maior prevalência em nosso território, embora estas devam constituir naturalmente a sua principal preocupação e merecer as suas preferências quer no que diz respeito ao prelecionamento quer do ponto de vista das investigações científicas que lhe estão afetas.

E' imprescindível portanto, em vista das razões já apontadas, que o ensino da Clínica das Doenças Tropicais e Infectuosas seja global, tanto mais porque, pela natureza dos assuntos que constituem o objeto de seu estudo, não sabemos se uma dada moléstia infecciosa ou parasitária, hoje considerada rara, inexistente ou sem maior importância para nós, não terá amanhã um interesse especial e não venha a ser motivo de justificada preocupação.

E' natural pois que os médicos que deixam a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, encontrem-se devidamente preparados não só em face dos problemas que certamente irão deenfrentar na prática diária do seu exercício profissional como também adestrados para sem maiores dificuldades enfrentar as questões inesperadas que poderão surgir.

O mundo em que hoje vivemos é mesmo um mundo só e as enormes facilidades de transporte

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos ultimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.

Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|--|------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia | VIII — Neurologia e Psiquiatria |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia | IX — Cirurgia |
| III — Endocrinologia | X — Obstetricia e Ginecologia |
| IV — Microbiologia e Higiene | XI — Oto-rino-laringologia |
| V — Patologia geral e Anatomia Patológica | XII — Oftalmologia |
| VI — Medicina geral | XIII — Dermatologia e Venereologia |
| VII — Pediatria | XIV — Radiologia |
| | XV — Tuberculose. |

Pedidos de assinatura para 111, Kalverstaat — Amsterdam C. — Holanda.

TRATAMENTO ELETIVO DOS ECZEMAS
E DAS FORMAS EXSUDATIVAS E PRURIGINOSAS DAS MOLÉSTIAS CUTÂNEAS

USO ENDOVENOSO

ECZEMIL

INJETÁVEL

Uma ampôla em dias alternados. **(DESSENSIBILIZANTE)**
até uma ampôla nas 24 horas.

LABORATORIO "LUIZ PEREIRA BARRETO"

ARNALDO LOPES
RUA ALVES GUIMARÃES, 630 — SÃO PAULO
Indústria Brasileira

e de comunicação que permitem cobrir em curto espaço horário as mais longas distâncias da terra, asseguram também, a possibilidade, dentro do tempo de incubação usual de um processo infeccioso, de que um indivíduo aparentemente hígido, partido de afastada plaga venha aqui aportar doente.

Desta sorte poderá depender, muitas vêzes, da competência do profissional e sobretudo da sua habilidade diagnóstica o reconhecimento de um mal exótico, consequentemente a salva guarda da saúde de um indivíduo e a adoção de medidas profiláticas rápidas e eficazes.

Um exemplo ainda vem reafirmar os conceitos que vimos sustentando sobre a importância do estudo integral dos assuntos ventilados no curso da Clínica das Doenças Tropicais e Infecciosas, e pode ser emprestado ao que se verificou por ocasião da 2.ª guerra mundial nos Estados Unidos de América do Norte. Como é sobejamente conhecido, antes do conflito que ensanguentou o mundo, o ensino de Medicina Tropical não constituía parte importante no curso médico daquele país e embora contando com um apreciável número de renomados especialistas na matéria a generalidade dos profissionais norte-americanos não dispunha todavia naquela época de suficiente experiência clínica e familiaridade com as questões relacionadas com as moléstias exóticas.

Vendo-se a braços com a guerra e na inadiável contingência de participar da luta no Pacífico e na África não tiveram os norte-americanos outra alternativa senão a de incrementar por meio de cursos intensivos e de emergência o ensino da medicina tropical, difundindo-o em turmas sucessivas e formando assim um considerável número de especialistas.

Como resultado desta experiência, aliás coroada de êxito absoluto, os responsáveis pelo ensino de Medicina Tropical na América do Norte empenharam-se desde logo na inclusão da citada disci-

plina no currículo médico, medida que foi então adotada por muitas de suas escolas médicas.

Recaem, sem dúvida, grandes e pesadas responsabilidades no ensino da Clínica das Doenças Tropicais e Infecciosas no Brasil, onde a malária, a moléstia de Chagas, a leishmaniose tegumentar, a esquistossomíase mansoni, a filariase, a bouba, a pinta, a amebíase e outras protozooses intestinais; a ancilostomose e outras helmintíases; as disenterias, a febre tifóide e outras salmoneloses; as riquetisioses, a blastomicose e outras micoses; as infecções piogênicas; a desnutrição e tantas outras condições mórbidas assumem papel tão saliente na patologia do nosso homem, maxime das nossas populações rurais.

Estas responsabilidades maiores se tornam ainda ao conhecer as páginas rutilantes de talento e saber que constituem as contribuições dos estudiosos brasileiros no campo da medicina tropical e ao recordar os feitos e a gloriosa tradição dos nomes que tem na nossa pátria ilustrado as cátedras da especialidade.

Senhores Professores:

Conscio das obrigações e encargos que me aguardam, ciente de tão honrosas tradições, ao ser investido titular de Clínica das Doenças Tropicais e Infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conto para me animar em tão ingente tarefa e para não trair o compromisso ora jurado, com o entusiasmo que me vem do entranhado amor ao estudo, com o firme propósito de trabalhar ativamente, com a crença de não desmerecer do vosso confiante encorajamento, com o anelo de corresponder à vossa insigne companhia.

Encerrando a solenidade, discursou o reitor da Universidade de São Paulo, prof. Ernesto Leme. Lembrou a alta responsabilidade do novo catedrático, como continuador que será, a um tempo, da obra de seu pai e daquela de seu

antecessor na Clínica, o prof. Celestino Bourroul. Leu, então, o decreto expedido pelo governador do Estado e que confere ao prof. Celestino Bourroul o título de servidor emérito, pelos relevantes ser-

viços prestados à Medicina e ao ensino.

Com uma salva de palmas, os presentes homenagearam o prof. Celestino Bourroul, após o que foi encerrada a sessão.

CONGRESSOS MÉDICOS

I Congresso Internacional de Neuropatologia

Sua realização em Roma. — Em setembro de 1952 será realizado em Roma o I Congresso Internacional de Neuropatologia. Serão presidente honorários os drs. V. Certelletti (Itália), V. G. Hassin (Estados Unidos), J. Lherenitte (França) e O. Vogt (Alemanha). Será presidente do conclave o prof. Mario Gozano, da Universidade de Roma, e secretário-geral, o dr. Armando Ferraro, de New-York.

O congresso terá duração de seis dias. Nas sessões matinais serão apresentados trabalhos pelos delegados de vários países. Nas

sessões da tarde haverá discussões e comunicações sobre os assuntos apresentados pela manhã. A distribuição do temário é a seguinte: 1.º dia: "Patologia das Moléstias Desminelizantes" (5 sessões); 2.º dia: "Patologia das Moléstias Vasculares" (6 sessões); 3.º dia: "Patologia da Esquizofrenia" (9 sessões); 5.º dia: "Patologia da Velhice", (6 sessões); o 6.º dia será reservado a demonstrações histopatológicas especiais e técnicas histoquímicas.

A taxa de inscrição é de 15 dólares americanos ou o equivalente em moeda estrangeira.

IV Congresso Interamericano de Cardiologia

Sua realização em Buenos Aires. — Organizado pela Sociedade Argentina de Cardiologia e com o patrocínio da Sociedade Interamericana de Cardiologia e sob os auspícios do Superior Governo da Nação.

O IV Congresso Interamericano de Cardiologia se realizará em Buenos Aires de 1.º a 7 de Setembro de 1952. A sessão inaugural terá lugar no dia 31 de agosto de 1952.

Os que desejarem participar do mesmo como membros titulares deverão solicitar sua inscrição antes de 1.º de abril de 1952 e pagarão uma taxa de 0250 m/n. As

famílias que desejem figurar inscritas como membros aderentes, pagarão uma taxa de \$100 m/n.

Os membros que desejarem efetuar comunicações, deverão enviar antes de 1.º de abril de 1952 por intermédio da Sociedade de Cardiologia a que pertencem (ou diretamente se não houver em seu país Sociedade de Cardiologia) um resumo de cada trabalho que não exceda de 200 palavras, se possível escrito em espanhol, português ou inglês.

Toda a correspondência deverá ser dirigida a Secretaria Administrativa do Congresso, calle Larrea, 1132, Buenos Aires.

VIII Congresso Internacional de Cirurgia

Sua realização em Madrid. — A diretoria do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgias tem realizado várias reuniões para tratar, dentre outros problemas, do VIII Congresso Internacional de Cirurgia, a realizar-se em Madrid, de 19 a 24 de maio do corrente ano, sob os auspícios da entidade mundial.

Cada 2 anos, realiza o Colégio um Congresso Internacional, e para 1952 foi escolhida a Capital da Espanha.

O Capítulo Brasileiro deverá tomar parte nesse certame e, para isso, a sua Diretoria vem realizando reuniões preparatórias com objetivo de organizar a delegação brasileira.

A realização do Congresso vem despertando grande interesse no seio da classe médica, reprovendo-se que a representação do Capítulo Brasileiro será numerosa.

Os temas oficiais do Congresso são: Cirurgia dos Tumores Vesicais; Cirurgia da Bacia; Cirurgia Vascular; Cirurgia dos Tumores do Reto.

Durante o Congresso de Madrid, estão previstas assembléias gerais

para decisões de problemas administrativos do Colégio, reuniões para os temas oficiais, e sessões operatórias.

Durante as tardes, haverá sessões especializadas de: Cirurgia Geral, Traumatologia e Ortopedia, Aparelho Digestivo, Obstetria e Ginecologia, Urologia, Neurocirurgia, Cancerologia, Cirurgia Cardio-Vascular, Cirurgia Torácica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia. Radiologia, Anatomia Patológica e Anestesiologia.

As comunicações durarão até 15 minutos no máximo, e devem ser inscritas na Secretaria do Congresso — "Instituto Nacional de Medicina à Seguridad del Trabajo, Papellón n.º 8 — Faculdade de Medicina Ciudad Universitaria — Madrid", até o dia 15 de abril.

Haverá uma exposição de material cirúrgico, radiológico, livros, medicamentos e uma especial sobre "Arte na Medicina".

O programa social inclui homenagens, turismo, recepções oficiais por autoridades civis, médicas e visitas a diversas regiões da Espanha.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

João Batista de Lacerda. — Comemoração do centenário de nascimento. — Departamento de Imprensa Nacional. — Rio de Janeiro — Brasil — 1951.

Comemorando o centenário de nascimento do Dr. João Batista de Lacerda — médico, cientista, naturalista e antropologista, que tanto se destacou, no seio da classe médica de 1876 a 1915 — fez o Museu Nacional — publicar esse opúsculo onde enfeixou toda uma série de conferências pronuncia-

das na Escola Nacional de Belas Artes, que se fizeram ouvir, em brilhantes estudos sobre a personalidade e o valôr do ilustre patricio — os Snrs. Luiz de Castro Faria, Magdalena de Lacerda Bicalho, filha do saudoso cientista e Mário Viana Dias.

Além dessas conferências públicas que foram realizadas pelo mesmo motivo na Sociedade Médica São Lucas, na Academia Brasileira de Ciências e na Academia Nacional de Medicina, res-



Schering

O hormônio mais eficaz para corrigir o desequilíbrio electrolítico e as alterações do metabolismo hídrico é o

Cortexon

(Acetato de desoxicorticosterona)

Além de sua indicação mais específica, no mal de Addison, mostra-se o CORTEXON muito ativo no tratamento da hipotensão e dos estados de astenia por insuficiência supra-renal.



Nas infecções graves, choque traumático e cirúrgico, toxicose gravídica, queimaduras, congelações, irradiações, etc., há também uma sobrecarga da córtex supra-renal, que pode ser compensada mediante a aplicação criteriosa da fração hormonal sintética dessa glândula, apresentada no CORTEXON.



EMBALAGENS: Caixas com 4 ampolas de 2, 5 e 10 mg.

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA SCHERING S. A.
RIO DE JANEIRO
SÃO PAULO ★ PORTO ALEGRE ★ BELO HORIZONTE ★ RECIFE

pectivamente pelos Drs. Joaquim Moreira da Fonseca, S. F. de Melo Leitão e Jorge de Moraes Grey. Conta ainda com a colaboração especial de Afrânio do Amaral, João S. Campos, Luiz E. de Melo Filho, A. Childe e A. J. Sampaio.

Precursor da ciência de laboratório em nossa terra, dedicou-se Batista Lacerda igualmente à fisiologia, à biologia e a antropologia,

de que foi um dos pioneiros no Brasil. Pelos seus altos méritos recebeu inúmeros títulos e honrarias em diversas associações científicas do país e do estrangeiro.

Esse opúsculo é um completo repositório de toda a obra e de todo o trabalho científico de tão destacado cientista patricio naquela época.

Separata e folhetos recebidos

A água de Lindóia e as moléstias alérgicas (Contribuição ao estudo da alergia. — Dr. B. Credidio. — Lindóia — 1949.

A vitória de uma idéia (Sobre a Colônia de Aguas Claras). — Octavio Torres. — Salvador — Bahia — 1949.

Bronconeumopatias Micóticas (Seudotuberculosis) En Los Obreiros de La Industria textil (su importancia en medicina del trabajo). — Dr. Manuel Blanco — Buenos Aires — 1950.

Estudios sobre la invención del tubo digestivo. — V. Jabonero y F. Bordallo — Madrid — 1948.

Instituto Butantan. — A muçurana, ofiófaga deglutindo uma jararaca, serpente venenosa. — Eduardo Vaz. — São Paulo — Brasil — 1951.

La rectocolite hémorragique grave (dite colite ulcéreuse grave nos spécifique) — Jean Rachet e André Busson (Paris) — Acta Gastro-Enterológica Bélgica, Bruxelles, suplemento II, 1950.

Les diarrhées graisseuses idiopathiques. — J. Vandenbroucke, J. de Laet e E. Herpels (Louvain) — Acta Gastro-Enterológica Bélgica, Suplemento I, 1950 — Bruxelles.

Grippe et infections saisonnières dites grippales. — Raoul Kourilsky — Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'hôpital Saint-Antoine — Les Monographies Médicales et Scientifiques — N.º 9 — 1950.

On Lunatomalacia (Kienbock's Disease) — A clinical and roentgenological study, especially on its pathogenesis and the late results of immobilization treatment — Folke Stahl — Acta Cirurgica Scandinavica. — Vol. XCV, supplementum CXXVI — 1947.

On the etiology of eclampsia with special reference to adrenocortical hormones. — S. Parviainen, K. Soiva, and C. A. Ehrnrooth — Annales Chirurgiae Et Gynaecologiae Fenniae, — Vol. 39 — supplementum I 1950.

Prioridade do B. C. G. entre as medidas a serem empregadas na luta contra a tuberculose. — Drs. A. Nogueira Martins, B. Pedral Sampaio e Diógenes Certain. Separata da Revista Paulista de Tiologia. — Ano XII — Vol. 12, n.º 2, março-abril de 1951 — São Paulo.

Tumor de Wilms. — Oswaldo Faria da Costa, Cirurgião do Hospital de Crianças. — Adjunto da Santa Casa. Separata da Revista Médica do Paraná. — Vol. XIX, n.º 4, julho-agosto de 1950.

INSTITUTO RADIOLOGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar

Telefone 34-0655

SÃO PAULO



DIVERMIL

COMBATE TODAS AS VERMINOSES SEM PERIGO

QUENOPÓDIO ATÓXICO
POR ADSORÇÃO

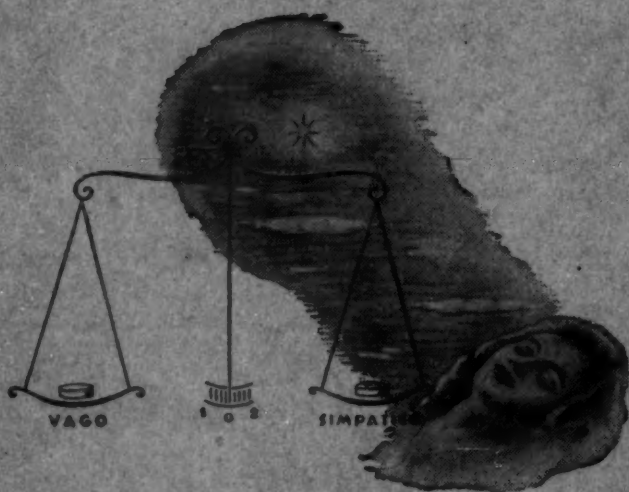
ADULTOS: 12 CAPSULAS
CRIANÇAS: 1 CAPSULA
PARA CADA ANO DE IDADE

LABORATÓRIO GRUBB - RIO DE JANEIRO

DISTONEX



para o



Equilibrio vago-simpatico



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo